

**CREDITI  
ECM**  
IMPORTANTE  
vedere ultima pagina



## **Crisi d'identità?**

# **Verso gli Stati Generali della Medicina**

### **Primo Piano**

Verso gli Stati Generali della professione medica

### **Sondaggio**

Crisi della medicina e ruolo del medico: l'opinione dei medici bresciani per la costruzione di un nuovo modello di medico

### **Medicina e Filosofia**

Medicina e filosofia della scienza: tutto da reinventare?

## IN QUESTO NUMERO

### EDITORIALE

- Il nostro cammino**  
di Gianpaolo Balestrieri ..... 3
- Ma cos'è questa crisi?**  
di Ottavio Di Stefano ..... 4

### PRIMO PIANO

- Verso gli Stati Generali della professione medica**  
di Filippo Anelli ..... 6

### SONDAGGI

- Crisi della medicina e ruolo del medico:  
l'opinione dei medici bresciani per la  
costruzione di un nuovo modello di medico**  
a cura di Angelo Bianchetti ..... 9

### MEDICINA E FILOSOFIA

- Medicina e filosofia della scienza:  
tutto da reinventare?**  
di Loana Liccioli ..... 20
- Epistemologia della pratica quotidiana**  
di Sebastiano Castellano ..... 26
- Stati generali e crisi della medicina:  
contributo al dibattito**  
di Giuseppe Belleri ..... 31

### PUNTI DI VISTA

- Formazione del medico, fabbisogno di professionisti**  
di Alessandro Padovani ..... 36
- Specialisti: emergenza!**  
di Enrico Sartori ..... 42
- Medicina delle cure primarie, territorio, ospedale:  
una visione sistemica**  
di Fulvio Lonati ..... 45
- La crisi "cronica" della Medicina Generale**  
di Erminio Tabaglio ..... 49
- L'evoluzione dei modelli per il futuro dell'ospedale**  
di Valerio Verdiani ..... 51
- Quale Ospedale futuro? Ospedale e malattia cronica**  
di Umberto Valentini ..... 56
- La rete ospedaliera**  
di Benvenuto Antonini ..... 60
- Quale medicina per una società che invecchia**  
di Renzo Rozzini ..... 63
- Lavorare insieme: la relazione tra medici e infermieri**  
di Stefania Pace ..... 68
- I nuovi ruoli dei Farmacisti bresciani  
e l'evoluzione della Farmacia**  
di Francesco Rastrelli ..... 70



- Medici di Medicina Generale e Farmacisti territoriali:  
"un matrimonio che s'ha da fare"**  
di Ovidio Brignoli ..... 72

### STORIE DI PAZIENTI

- Carmelo e la sua mamma**  
di Adriana Loglio ..... 75

### PAGINA DELL'ODONTOIATRA

- Da qui si riparte con regole chiare**  
di Luigi Veronesi ..... 77

### LIBRI

- "Un volgo disperso. Contadini d'Italia  
nell'Ottocento", di Adriano Properi**  
recensione a cura di Gianpaolo Balestrieri ..... 79

### RICORDI

- Professor Mario Zorzi**  
da Fausto Zorzi ..... 80
- Dottor Carmine Errico**  
da Brunello Morrica ..... 81
- Dottor Alberto Dotti**  
da Gina, Anna, Silvia Dotti ..... 82
- Dottor Carlo Guandalini**  
dalla moglie Ausi ed i figli Mattia e Alessia ..... 82
- Dottorssa Beatrice Gattamelata**  
da Gianna Santus ..... 83
- Dottor Giuseppe Raza**  
da Graziano Amodeo ..... 84
- Dottor Italo Rossi**  
da Silvia ..... 84
- Dottor Francesco Besozzi Valentini**  
da A.C. .... 85
- Dottor Franco Venturoli**  
da Nicola Venturoli ..... 86

DIREZIONE-REDAZIONE-AMMINISTRAZIONE: Via Lamarmora, 167, Brescia, Tel. 030 2453211, Fax 030 2429530, info@ordinemedici.brescia.it, www.ordinemedici.brescia.it  
Direttore Responsabile: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Comitato Di Redazione: Dott. Angelo Bianchetti, Prof. Giovanni Cancarini, Dott. Claudio Cuccia, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott.ssa Adriana Loglio, Dott. Piergiorgio Muffolini, Dott. Renzo Rozzini, Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Raffaele Spiazzi, Dott. Erminio Tabaglio.

CONSIGLIO DELL'ORDINE 2018-2020: PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano, VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini, SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto, TESORIERE: Dott.ssa Adriana Loglio, CONSIGLIERI: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Ovidio Brignoli, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott. Alessandro Pozzi, Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Umberto Valentini, Dott. Lorenzo Zanini, Dott. Gianmario Fusardi (Odontoiatra), Dott. Luigi Veronesi (Odontoiatra), COLLEGIO REVISORI DEI CONTI: PRESIDENTE: Dott.ssa Analia Carmen Perini, COMPONENTI EFFETTIVI: Dott.ssa Emanuela Tignonsini, Dott.ssa Annalisa Voltolini, COMPONENTE SUPPLENTE: Dott. Nicola Bastiani, COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI: PRESIDENTE: Dott. Luigi Veronesi, SEGRETARIO: Dott. Pierantonio Bortolami, COMPONENTI: Dott. Claudio Giuseppe Dato, Dott. Gianmario Fusardi, Dott. Giuseppe Venturi, UFFICIO DI PRESIDENZA: COMPONENTI: Dott.ssa Luisa Antonini, Dott. Gianpaolo Balestrieri (Direttore Responsabile BresciaMedica), Dott. Germano Bettoncelli (Coordinatore Comm.ne Cultura), Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Adriana Loglio, Dott. Bruno Platto, Dott. Umberto Valentini (Consigliere).

PROGETTO EDITORIALE: a cura di Margherita Saldi, partner Luca Vitale e Associati - Progetti di comunicazione.

STAMPA: Com&Print srl - Brescia • IMMAGINE DI COPERTINA: realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi.

La riproduzione di vignette e testi è libera, purchè vengano citate fonti e autori.

# Il nostro cammino



Il Direttore  
**Gianpaolo Balestrieri**

C'è chi sostiene<sup>1</sup> che l'età dell'oro della Medicina sia alle nostre spalle.

La seconda metà del Novecento è stata la *golden age* che ha visto la sconfitta delle malattie infettive, i trapianti d'organo, l'avvento di endoscopia, ecografia, TAC, RMN, le procedure endovascolari, una farmacoterapia innovativa *etc.*

Il nuovo millennio non ha portato ad ora innovazioni così entusiasmanti e rivoluzionarie.

Alcune speranze, ad es. quelle riposte nelle applicazioni terapeutiche del Progetto Genoma, sono in gran parte rimaste tali.

La pratica medica si è via via immiserita tra pressioni amministrative, attese irrealistiche del pubblico, isolamento professionale, insoddisfazione dei pazienti, insoddisfazione dei medici.

Crisi del medico, crisi, forse, della Medicina.

Sono i temi di questo numero, in concomitanza degli Stati Generali della professione, indetti per quest'anno dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici.

Abbiamo cercato di avere un quadro ampio di interventi, che vanno dalla epistemologia e filosofia della Medicina ad analisi e proposte riguardo a formazione, ospedali, cure primarie.

Abbiamo consultato con un ampio **sondaggio** i nostri colleghi.

Non vi sono, come è scontato, risposte conclusive.

Un richiamo, tuttavia, va fatto a mio avviso, alla nostra storia.

Quella di una professione che ha a fondamento della sua identità l'impegno verso la salute individuale e collettiva.

Un ruolo politico, espresso nei tempi lontani della seconda metà dell'Ottocento dai medici condotti italiani, con la loro appassionata, documentata denuncia della miseria contadina come causa di malattia e di morte<sup>2</sup>.

Un ruolo che ci deve impegnare nell'affrontare le emergenze sanitarie dell'oggi, le diseguaglianze economiche e sociali, le dipendenze, i temi dell'ambiente. Da questa consapevolezza, da questo impegno possono giungere lo stimolo e l'energia per riprendere il nostro lungo cammino. ●

<sup>1</sup> O' Mahony S *The art of Medicine. After the golden age: what is medicine for ? Lancet* 2019, 393: 1798-99.

<sup>2</sup> Prosperi A. *Un volgo disperso. Contadini d'Italia nell'Ottocento*, Einaudi, Torino 2019, pp. 325.

# Ma cos'è questa crisi?



Il Presidente  
**Ottavio Di Stefano**

*Le finestre erano spalancate nel vano tentativo di infrangere l'aria densa dello stanzone alto, entravano invece folate di calura quasi soffocanti. Guardava la signora semiseduta. Aveva gli occhi socchiusi. Dormiva? La fronte era imperlata da gocce grosse di sudore che scivolavano verso le palpebre e le gote. Il respiro sembrava affannoso. Doveva scrivere che la paziente lamentava dispnea e che oggettivamente era presente polipnea. Le toccò con delicata incertezza la mano. La signora aprì gli occhi e lo guardò annoiata. Un altro camice bianco candido appena stirato da una mamma premurosa. Li riconosceva subito gli studenti: il camice, l'aria preoccupata, l'imbarazzo, i movimenti impacciati e gli sguardi di insofferenza di infermiere e suora. "Scusi signora sono qui per l'esame..." "Lo so, faccia alla svelta, faccio fatica anche a parlare..." "Scusi signora quanti anni ha?" "Cominciate tutti con questa domanda... sono vecchia sono del 4 siamo nel 76...72 anni..." "Era proprio vecchia". Il suo papà e la sua mamma sono viventi... "Un accenno di sorriso... ma sono morti da tanti anni. Lui di un colpo e la mia povera mamma di.. non mi ricordo... ah si di tetano, era giovane". "Dispnea, polipnea, fovea.. giugulari gonfie. Si dice turgide. Va bè..scompenso di cuore... terapia... diuretico , strofanto...; Va bene ci siamo". Il professore lo guardò per un istante ed iniziò a scrivere sul libretto. Era l'ultimo esame e dentro una gioia incontenibile, esplosiva. Fra 20 giorni la tesi e poi... doveva contenersi. Il prof. alzò lo sguardo e smise di scrivere " Mi dica un farmaco controindicato nello scompenso" Il buio e di nuovo il panico "Controindicato nello scompenso..." " Be...lasciamo perdere. Però se lo ricordi: i betabloccanti".*

*Gli consegnò il libretto, lui si alzò e ringraziò. Mai e poi mai, nella sua vita, avrebbe prescritto un betabloccante in un malato con lo scompenso di cuore.*

*"Stiamo titolando il betabloccante, siamo a 7,5 mg" "Signora va meglio" aveva auscultato cuore e polmoni e verificato che gli edemi fossero regrediti" salutò i suoi collaboratori e mentre si recava al letto del malato di 92 anni in nota per la TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) che di lì a poco i cardiologi avrebbero chiamato, gli ritornò in mente quella mattina di giugno quando giurò a se stesso che mai e poi mai avrebbe prescritto un betabloccante in un paziente con scompenso di cuore.*

*Quasi 40 anni ed è cambiato tutto. Aveva vissuto l'ultima parte della prima grande rivoluzione in medicina della seconda metà del novecento: i vaccini, gli antibiotici, l'imaging, la chirurgia, la radio e chemioterapia, il medico divenuto davvero curante, il malato acuto o meglio la malattia acuta. E la trilogia dogmatica - malattia-terapia-guarigione.*

Dicono che nessuna scienza ha avuto un'evoluzione paragonabile alla medicina negli ultimi decenni.

La nostra scienza o meglio, come dice Cosmacini, la nostra pratica che cerca di avvalersi del metodo scientifico, ha vissuto la sua seconda rivoluzione.

Quasi 40 anni ed è cambiato tutto.

La *evidence based medicine*, che non nega anzi valorizza l'esperienza, è un tentativo di proporre al malato ciò che, con la maggiore approssimazione possibile e con tanti limiti, gli è utile.

L'evoluzione biotecnologica tumultuosa, rapida con grandi speranze spesso tradite, insomma la "tecnomedicina", sempre da Cosmacini, chiarissimo subito ha fatto un gran bene ai nostri malati.

La prognosi e la qualità di vita sono drammaticamente migliorate, ma certo l'interfaccia ed il protagonismo delle "macchine" ha incrinato il rapporto umanologico. Intanto il malato, proprio grazie a questa evoluzione, è cambiato. Il nostro malato è il "vecchio" con tante malattie che interagiscono e si condizionano. Sì, abbiamo impiegato tanto tempo e accumulato ritardi nel capire questa variazione epocale e la nuova trilogia non più dogmatica è divenuta: persona → definizione dei problemi → qualità della vita.

**Certamente viviamo una situazione di crisi, ma è una crisi di sistema che colpisce l'organizzazione da riformare radicalmente, che deve considerare gli aspetti socioeconomici davvero sempre più determinanti sulla salute della gente.**

E certamente questa crisi coinvolge e si incarna in tutti noi.

Solo poche parole chiave trovano una declinazione condivisa almeno nei principi. Sappiamo tutti che le cure primarie vanno intensamente riviste, ristrutturare nel lavoro in *team* multidisciplinari e multi professionali. Ed infatti molte sono le iniziative regionali in tal senso con un difetto, a mio avviso grave. Non sono coordinate ed a volte risultano addirittura antitetiche. Ma almeno conosciamo la direzione. Ancora è indispensabile che l'integrazione fra territorio ed ospedale si realizzi attraverso sistemi informatici condivisi e ad alta efficienza e che, nel contempo, non limitino o condizionino la relazione medico-paziente. Ma vi sono zone grigie o francamente oscure: come ripensare l'ospedale. *intensità di cure, hospitalist, hub and spoke?*

Come affrontare il tema, oramai incombente della *long term care* in un paese dove nascono sempre meno bambini... (...nel 2017 gli iscritti all'anagrafe sono stati infatti 458.151, in calo di 15 mila unità rispetto al 2016, di cui circa 68 mila stranieri, il 14,8% del totale, anch'essi in diminuzione rispetto allo scorso anno. Si tratta del minimo storico per il nostro Paese dall'Unità. Dati Istat.)

**Non siamo capaci ad adattarci al mondo che cambia? Ma ci tocca. E questo perché i sistemi**

sanitari sono *irriformabili* senza il coinvolgimento dei professionisti (BMJ 19 maggio 2018, n. 8153).

Ed è per questo che indire gli stati generali della medicina è stata una intuizione di alto valore e così noi abbiamo voluto sentire il polso della nostra comunità; troverete commenti ed analisi, ma soprattutto un sondaggio che non vi anticipo e lascio a voi scoprire i risultati che sono di vero interesse.

Nel primo incontro sugli Stati Generali a livello di FNOMOCeO vi è stata una prima, condivisa, indicazione: dobbiamo ripensare la formazione di nuovo centrata sulla relazione e la comunicazione, sul malato cronico e sui limiti di applicabilità delle Linee Guida. Spetta al medico conciliare le priorità cliniche con i bisogni e la qualità della vita del paziente. ●

*"La crisi è la più grande benedizione per le persone e le nazioni, perché la crisi porta progressi. La creatività nasce dall'angoscia come il giorno nasce dalla notte oscura. È nella crisi che sorge l'inventiva, le scoperte e le grandi strategie. Chi supera la crisi supera sé stesso senza essere superato" (A.E.)*



**Ma cos'è questa crisi? Metta in scena un buon autore faccia agire un grande attore e vedrà... che la crisi passerà! (Ma cos'è questa crisi? 1933, canzone di Rodolfo De Angelis)**

# Verso gli Stati Generali della professione medica

**Filippo Anelli**

Presidente della FNOMCeO

Le aggressioni contro i medici, il corto circuito tra scienza medica e società, con il fiorire di *fake news* sulla salute, il disagio degli operatori del Servizio Sanitario pubblico, costretti a lavorare anche contro le norme sulla sicurezza dei luoghi di lavoro e sul riposo compensativo, l'aziendalizzazione della sanità, il mancato coinvolgimento nelle politiche di *governance*, le disuguaglianze di salute: sono tutti sintomi di una 'crisi' del ruolo del medico che non può più essere rimossa e taciuta, ma va ammessa, riconosciuta e affrontata nella sua complessità.

**Per affrontare questa crisi, la Fnomceo ha intrapreso un percorso, quello degli "Stati generali della professione medica ed odontoiatrica",** che si concluderà nel giugno del 2020. L'obiettivo è la ridefinizione del ruolo medico all'interno della nostra comunità, in modo da coniugare i valori che da sempre hanno ispirato la professione con i diritti e i bisogni dei cittadini in una società sempre più articolata e complessa. Gli Stati Generali coinvolgeranno tutte le componenti della professione medica e



odontoiatrica, le altre professioni, sanitarie e non, e poi antropologi, sociologi, *opinion leader*, filosofi, economisti, intellettuali. In poche parole, tutte le componenti della società civile. Il tempo in cui la medicina era prevalentemente un "*affaire*" dei medici, soprattutto da un punto di vista deontologico, è finito poiché la medicina e, di conseguenza, la nostra professione è diventata super complessa e, quindi, oggetto di studio da parte di esperti. Proprio questa è una delle grandi novità con le quali dobbiamo fare i conti: una volta la medicina aveva una connotazione

“paternalistica”, tutto ruotava intorno al medico. Oggi non è più così. Bisognerà tener conto degli interessi e del ruolo di svariati soggetti a partire dal cittadino, per non tacere del politico, dell’economista, del gestore, delle altre professioni, solo per citarne alcuni. Con tanti giocatori entrano in campo tanti contesti, tanti interessi diversi, tante diverse visioni del mondo. In una parola, entra in campo un grado alto di complessità al quale non siamo abituati.

Nel percorso degli Stati Generali, per innescare il dibattito sono state elaborate, a cura di Ivan Cavicchi, 100 tesi, da considerare come “provocazioni”, in senso buono, cioè argomenti per sollecitare delle riflessioni, dei pronunciamenti, quindi argomenti per “scuotere” l’albero, per superare gli steccati, per allargare gli orizzonti.

**L’idea, fin dall’inizio, è stata di predisporre una piattaforma di base e costruire, tappa dopo tappa, una nostra proposta.**

Il Comitato Centrale ha istituito una commissione, che in primis si è posta il problema di trovare le strategie per dar corpo al dibattito negli Ordini provinciali.

**Saranno sei le direttrici lungo le quali si svilupperà il confronto che porterà a scrivere la ‘Magna Carta’ del medico e della Medicina: i cambiamenti e le crisi, il medico e la società, il medico e l’economia, il medico e la scienza. Clinica e cultura, il medico e il lavoro, la medicina, il medico e il futuro.**

Oggi ritengo che la nostra professione abbia nei confronti del mutamento sociale e culturale un fondamentale problema di adeguatezza, accentuato da forti condizionamenti economici e organizzativi. Questo vuol dire che il cambiamento per noi medici è equivalente alla ridefinizione della professione, al fine di rendere adeguati i suoi valori ai contesti sociali che cambiano, facendo i conti con i limiti economici. Se essere adeguati, cioè governare il cambiamento, è la sfida, allora **cambiare per essere adeguati** non può che essere la nostra strategia.

**Questo percorso dovrà sfociare nelle tesi conclusive degli Stati Generali,**

quelle sulla base delle quali sarà riscritta, tenendo conto delle proposte degli Ordini, la “Magna Carta” della professione.

Queste tesi saremo tutti noi a scriverle. Agli Ordini provinciali tocca il compito materiale di organizzare la discussione nelle loro sedi, con l’obiettivo di coinvolgere il maggior numero di colleghi e di comunicare alla Federazione Nazionale le risultanze del dibattito. Gli Ordini in questo dibattito a dimensione nazionale sono infatti il *trait d’union*, ossia l’interfaccia tra la comunità della professione in tutte le sue possibili espressioni e la FNOMCeO. Con questo ruolo intendiamo assegnare agli Ordini provinciali la funzione di capire, conoscere, studiare i nostri problemi e, con l’aiuto delle tesi, di indicarci le strade più adeguate da perseguire.

Nella nostra storia recente nessuna discussione sulla professione, sui suoi fondamenti, sulla sua identità e sul suo ruolo è stata mai affrontata su scala nazionale, con lo scopo di definire una “Magna Carta” della professione. Infatti, nel corso del 900, la professione si è sviluppata insieme ad un poderoso progresso scientifico e all’affermarsi di sistemi di *welfare* pubblico, diventando, nello stesso tempo, lo strumento di un nuovo progresso scientifico e l’espressione di un’avanzata politica dei diritti. Sul finire di questo secolo la professione ha iniziato a subire condizionamenti tra cui quelli di tipo economico e socio-culturali, resi più accentuati dagli effetti della grande crisi economica e dalla rivendicazione di una maggiore partecipazione alle scelte in sanità da parte del cittadino, nonché dalla contestuale presa di coscienza dei propri diritti.

**La discussione che ci accingiamo a fare è da considerarsi un evento storico perché la crisi in cui versa la professione ha caratteristiche tali da non avere precedenti. Il rapporto tra medicina e medico è così stretto, così decisivo, che non è plausibile pensare alla crisi della professione senza pensare, nello stesso tempo, ad una eventuale crisi della medicina.**



Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

## Stati Generali della professione medica

100 TESI PER DISCUTERE IL MEDICO DEL FUTURO

In tutto l'occidente medico sono anni che, attraverso prestigiose riviste scientifiche, discutiamo dei problemi della medicina e della professione, senza grandi sussulti. Ne discutiamo senza mai mettere in discussione il nostro modo di essere medico ed il rapporto tra medico e medicina. Eppure, questo paradigma concettuale, quello classico della medicina, così come dimostra proprio la storia della medicina, non può essere intoccabile, come del resto qualsiasi altro paradigma. I paradigmi cambiano non solo a causa delle scoperte scientifiche, ma anche a causa dei mutamenti sociali e culturali di una società. Questo vale in particolare per la medicina che è al servizio della società, dei suoi bisogni, delle sue necessità. Così, il nostro essere medico ed il rapporto tra medico e medicina non è solo funzione di ciò che si conosce, ma anche di quello che questa società si aspetta da noi e di ciò che a noi chiede. Cioè dell'uso sociale che si fa della conoscenza scientifica.

L'idea degli "Stati Generali", così come l'abbiamo qui disegnata, cioè una grande, vasta discussione sul medico e sulla medicina, da quello che mi risulta, non ha precedenti.

Tentare di risolvere i problemi della professione, adeguando il nostro modo

di esser medici e il rapporto tra medico e medicina, vale a dire il nostro paradigma classico di medicina scientifica dentro una società in forte cambiamento, è davvero una novità storica.

Nel percorso verso la "Magna Carta" della professione, non dobbiamo mai dimenticare che il carattere egualitario, universalistico, equo e solidale del nostro servizio sanitario è una delle grandi conquiste di civiltà del secolo scorso. Per questo va difeso e tutelato, quale bene comune della nostra società. Un modello, organizzato a livello nazionale, fondato sulla solidarietà e sull'uguaglianza per garantire a tutte le persone presenti sul suolo italiano il diritto alla salute. Questa è stata la grande conquista del SSN: un sistema che coniuga la sua dimensione universalistica con quella solidaristica, per garantire l'equità nell'accesso alle cure a tutti i cittadini. ●



# Crisi della medicina e ruolo del medico: l'opinione dei medici bresciani per la costruzione di un nuovo modello di medico

Testo a cura di  
Angelo Bianchetti

## Il problema

Da tempo è in atto una profonda riflessione sul ruolo del medico e della medicina in una società in evoluzione sul piano culturale, sociale ed organizzativo, di fronte a leggi che sempre più spesso interrogano la prassi e la deontologia e in un rapporto con i cittadini sempre più complesso e talvolta critico.

La FNOMCeO ha per questo motivo indetto gli "Stati Generali della professione medica" per affrontare in modo organico e condiviso i complessi problemi posti dalla cosiddetta "questione medica" e lavorare per ridefinire il "medico del futuro".

Poiché è fondamentale che ogni medico rifletta su questi temi e contribuisca al dibattito in corso l'Ordine dei Medici di Brescia ha "interrogato" i medici bresciani

su queste tematiche con un questionario "on line". L'opinione dei medici, infatti, può rappresentare un contributo importante al dibattito in atto volto alla costruzione di un "medico" che non solo risponda alle nuove esigenze sociali, ma che, soprattutto, si fondi sulle esperienze, sulle convinzioni e sui desideri dei medici che vogliono continuare ad essere protagonisti del loro futuro.

## Il campione

Al questionario proposto on line hanno risposto 942 iscritti all'OMCeO di Brescia (corrispondenti al 12,6% del totale degli iscritti), di questi il 53% sono uomini e il 47% donne. Il campione dei *responders* è rappresentativo dell'universo degli iscritti e la distribuzione per classi di età e sesso è sostanzialmente sovrapponibile.

Tra coloro che hanno risposto al sondaggio il 13.4% è rappresentato da Odontoiatri, mentre tra i restanti il 31.1% è rappresentato da medici dipendenti pubblici e il 7.8% da medici dipendenti di strutture private, nel 30.9% si tratta di liberi professionisti, nel 13.5% da medici di medicina generale e nel 2.4% da pediatri di libera scelta.

Anche la composizione per categorie professionali del campione rappresenta la distribuzione osservata tra gli iscritti ed anche per questo parametro possiamo considerare i *responders* rappresentativi dell'universo degli iscritti.

## Le questioni: la percezione della "crisi della medicina e del medico"

Quale percezione hanno i medici della "crisi della medicina"? Rispetto all'affermazione se esista o meno una "crisi della medicina e del medico" la stragrande maggioranza è d'accordo (92.2%); sebbene le differenze fra

le classi di età non siano enormi (passiamo dal 97.1% fra quelli con età fra 25 e 34 anni all'83.3% di chi ha più di 75 anni) queste sono significative, dimostrando come i più giovani hanno una percezione di maggiore severità della crisi (i dati sono presentati nel **grafico 1**). Il sesso non influenza le risposte. È stata quindi affrontata la conoscenza dello sforzo in atto da parte della FNOMCeO di approfondire il tema della crisi del ruolo del medico e della medicina con l'indizione degli "stati generali della professione medica". Nel **grafico 2** è presentata la distribuzione delle risposte nel campione totale dei *responders*: il 44% "non ne sa nulla", il 43,7% ne ha "sentito parlare" e solo l'8.5% "sta seguendo il tema".

Il sesso non influenza la distribuzione delle risposte, mentre vi è una significativa influenza dell'età.

Nella **tabella 1** sono presentate le distribuzioni delle risposte in relazione

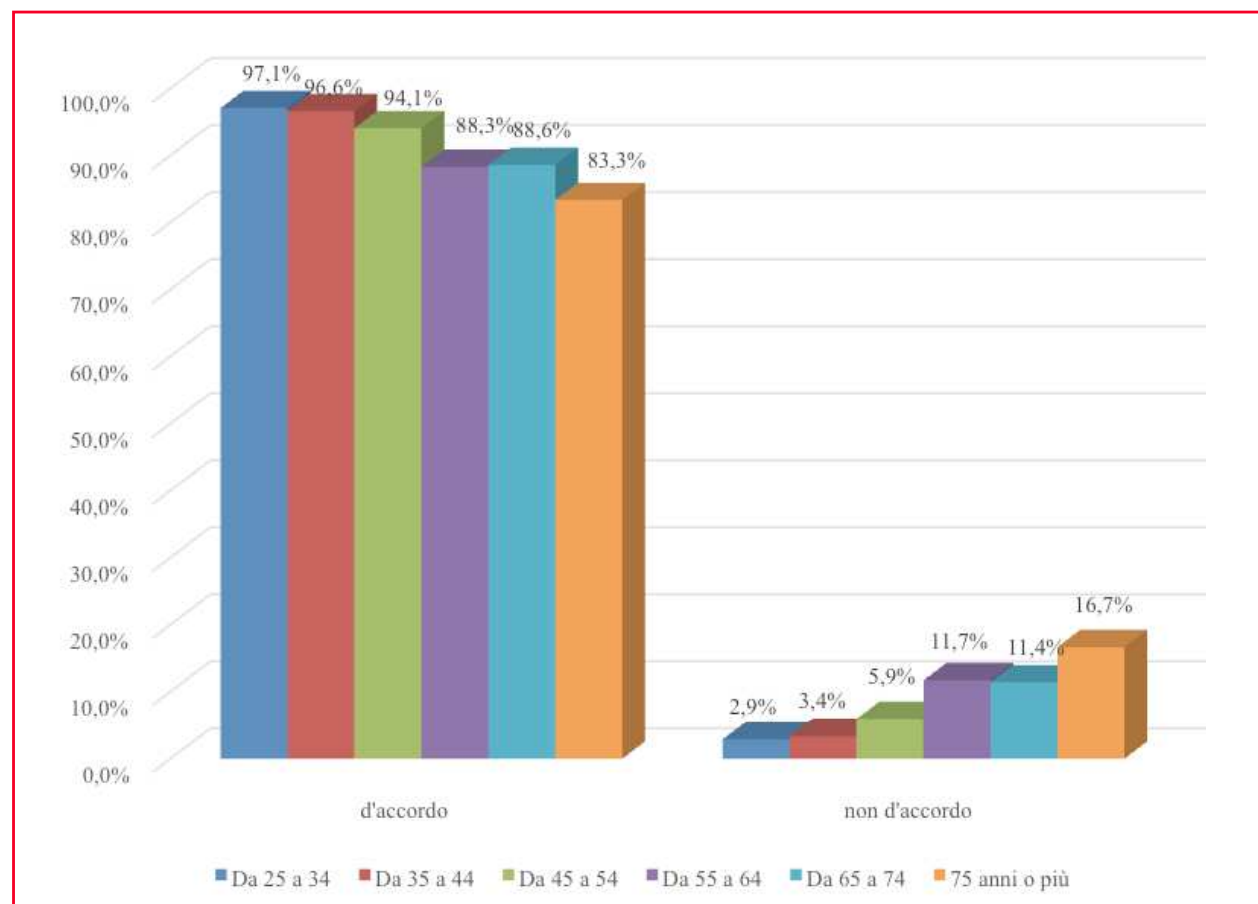


GRAFICO 1: "Esiste la crisi della medicina e del medico" ed età

	da 25 a 34	da 35 a 44	da 45 a 54	da 55 a 64	da 65 a 74	75 anni o più
No, per nulla	52,3%	57,0%	55,3%	41,7%	26,3%	25,0%
Si, ne ho sentito parlare	43,9%	40,1%	34,2%	49,0%	56,1%	50,0%
Si, sto seguendo il tema	3,8%	2,8%	10,5%	9,3%	17,5%	25,0%

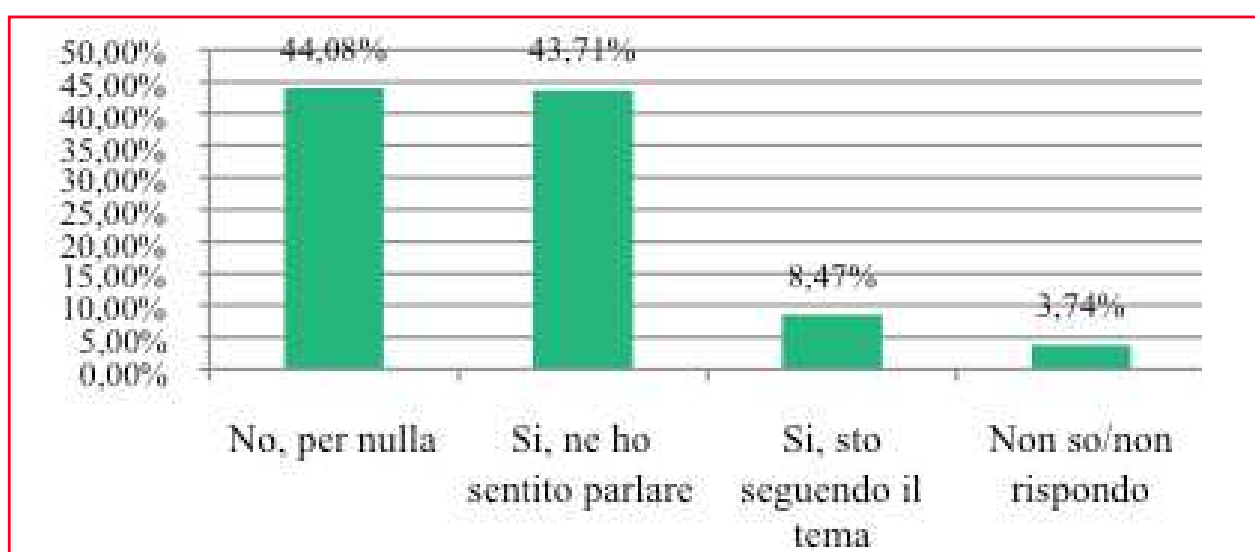
**TABELLA 1:** Distribuzione delle risposte alla domanda *“Sei a conoscenza del fatto che la FNOMCeO ha indetto gli “stati generali della professione medica” e classi di età.*

all'età ed è possibile osservare come il livello di “conoscenza” degli “stati generali della professione medica” è significativamente minore tra i più giovani. Una parte centrale nel lavoro preparatorio agli stati generali è stato riservato dalla FNOMCeO al documento di Ivan Cavicchi *“100 tesi per discutere il medico del futuro”*, un corposo volume di analisi della “crisi della medicina” e di proposte di soluzione. Abbiamo quindi indagato il livello di conoscenza di questo documento e le risposte sono presentate nel **grafico 3**. Come si può osservare solo il 4,7% dichiara di “seguire il tema” e il 18,9% di averne “sentito parlare”, mentre il 74.1% non ne sa nulla. Anche in questo caso non vi sono differenze in relazione al sesso, mentre l'età influenza significativamente il tasso di conoscenza che è minore nelle classi più giovani (**tabella 2**).

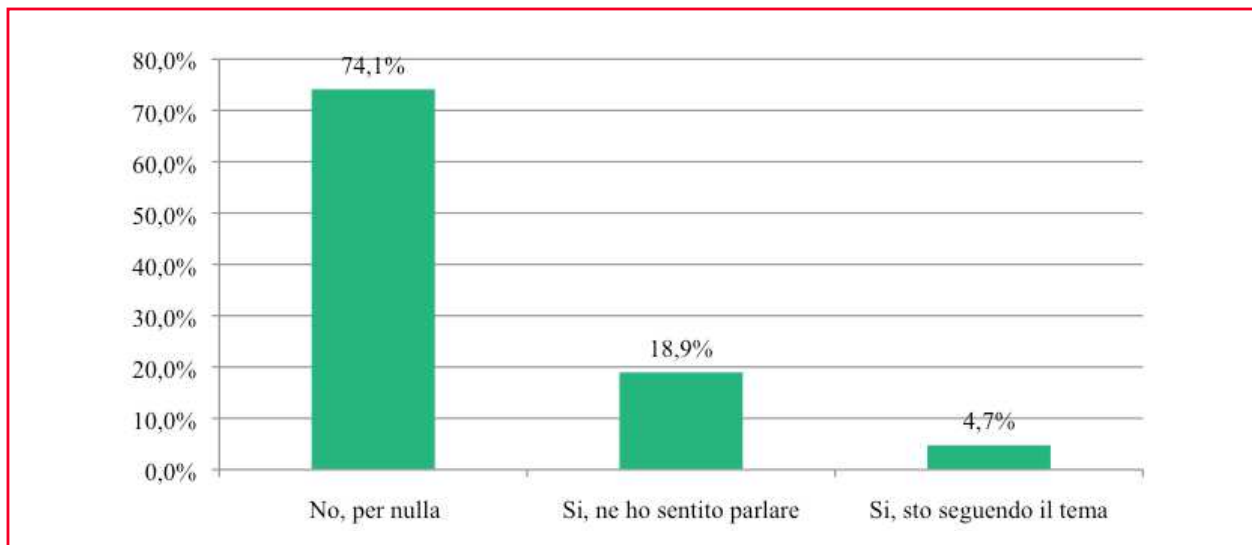
### Le ragioni della “crisi della medicina e del medico”

Sono state quindi analizzate le ragioni della crisi della medicina chiedendo agli intervistati di attribuire un valore (da 1 meno importante a 10 massima importanza) ad una serie di fattori di seguito elencati:

- eccessiva ingerenza della tecnologia ed eccesso di innovazioni, inadeguatezza del modello di medicina basato sulle evidenze, sulle linee guida e protocolli;
- ingerenza e difficoltà di interazione con le altre professioni sanitarie;
- crisi della fiducia nella scienza;
- inadeguatezza del sistema formativo (universitario e post);
- crisi della deontologia;
- complessità dei bisogni del paziente (polipatologia, invecchiamento, crisi della famiglia, ecc.),



**GRAFICO 2:** Sei a conoscenza degli “stati generali della professione medica”?



**GRAFICO 3:** Sei a conoscenza del documento preparatorio degli Stati Generali predisposto dal Prof. Ivan Cavicchi “100 tesi per discutere il medico del futuro”?

- crisi dei valori sociali;
- eccessivo peso delle ragioni economiche sulle decisioni cliniche;
- inadeguatezza del sistema organizzativo (aziendalizzazione, ospedale vs territorio, medico generalista versus specialista, ecc.);
- crisi del rapporto medico-paziente.

Nella **tabella 3** sono rappresentate le risposte raggruppate in tre gruppi di importanza: bassa, media ed elevata.

Analizzando le risposte le ragioni che vengono giudicate di *massima importanza* (dal 60% e oltre del campione) sono:

- ✓ Crisi del rapporto medico-paziente (65%)
- ✓ Inadeguatezza del sistema organizzativo (66%)

- ✓ Eccessivo peso delle ragioni economiche sulle decisioni cliniche (60%)
- ✓ Crisi dei valori sociali (62%)

Le ragioni considerate di *moderata importanza* (dal 30 al 60% del campione) sono

- ✓ Complessità dei bisogni del paziente (56%)
- ✓ Crisi della deontologia (40%)
- ✓ Inadeguatezza del sistema formativo (38%)
- ✓ Crisi della fiducia nella scienza (39%)

Mentre quelle di *minore importanza* (meno del 30% del campione) sono:

- ✓ Ingerenza e difficoltà di interazione con le altre professioni sanitarie (30%)
- ✓ Inadeguatezza del modello di medicina basato sulle evidenze, sulle linee guida e protocolli (21%)

	da 25 a 34	da 35 a 44	da 45 a 54	da 55 a 64	da 65 a 74	75 anni o più
No, per nulla	87,3%	83,4%	80,3%	71,5%	60,5%	50,0%
Si, ne ho sentito parlare	11,9%	15,2%	16,2%	23,2%	25,4%	41,7%
Si, sto seguendo il tema	0,7%	1,4%	3,4%	5,3%	14,0%	8,3%

**TABELLA 2:** Distribuzione delle risposte alla domanda “Sei a conoscenza del documento predisposto dal Prof. Ivan Cavicchi “100 tesi per discutere il medico del futuro”?” e classi di età.

	bassa	media	elevata
Eccessiva ingerenza della tecnologia ed eccesso di innovazioni	35%	45%	20%
Inadeguatezza del modello di medicina basato sulle evidenze, sulle linee guida e protocolli	32%	46%	22%
Ingerenza e difficoltà di interazione con le altre professioni sanitarie	23%	47%	29%
Crisi della fiducia nella scienza	22%	39%	39%
Inadeguatezza del sistema formativo (universitario e post)	16%	46%	40%
Crisi della deontologia	11%	48%	40%
Complessità dei bisogni del paziente (polipatologia, invecchiamento, crisi della famiglia, ecc.)	8%	36%	56%
Crisi dei valori sociali	7%	31%	62%
Eccessivo peso delle ragioni economiche sulle decisioni cliniche	6%	34%	60%
Inadeguatezza del sistema organizzativo (aziendalizzazione, ospedale vs territorio, medico generalista versus specialista, ecc.)	5%	29%	66%
Crisi del rapporto medico-paziente	5%	30%	65%

**TABELLA 3:** Distribuzione del valore assegnato alle “ragioni della crisi” (i dati sono espressi in percentuale)

	bassa	media	elevata
La deontologia medica soffre di una grave crisi e dovrebbe adeguarsi ad una società in cui non esistono più valori assoluti ma solo valori relativi	24,9%	41,1%	34,0%
I principi deontologici non dovrebbero definire in modo autonomo l’agire del medico, ma conformarsi agli orientamenti e desideri del paziente	55,5%	21,3%	21,3%
La deontologia medica deve difendere l’agire del medico da eccessiva ingerenza dell’economia, della politica e dell’organizzazione dei servizi	4,0%	8,9%	82,3%
Lo sviluppo della tecnica rende possibile ciò che in passato non lo era. La deontologia deve continuare a definire il campo del lecito.	5,6%	8,4%	82,3%

**TABELLA 4:** Importanza (bassa/media/elevata) attribuita alle affermazioni riguardanti la crisi della deontologia e ai cambiamenti che questa dovrebbe avere.

- ✓ Eccessiva ingerenza della tecnologia ed eccesso di innovazioni (20%)

L'età influenza la percezione di alcune delle ragioni della crisi. In particolare:

- la crisi della fiducia nella scienza è percepita come importante soprattutto dai più giovani (dal 57.1% di chi ha meno di 34 anni e dal 40.4% di chi ha fra 25 e 44 anni) rispetto ai medici più maturi (solo dal 30.8% di chi ha fra 55 e 64 anni e dal 36% di chi ha più di 65 anni);
- la crisi del rapporto medico paziente è considerata importante da oltre il 70% di chi ha fra 25 e 44 anni e dal 50% di chi ha 65 o più anni.

Da più parti si sostiene che la deontologia professionale, elemento fondante il comportamento professionale sia in crisi e necessiti di essere rifondata. Su questa posizione anche il recente documento della FNOMCeO che ritiene come la deontologia debba adattarsi ai mutamenti della società contemporanea.

Abbiamo chiesto ai medici di esprimersi sulle ragioni della crisi della deontologia cercando di definirne dei percorsi di cambiamento. Nella **tabella 4** sono presentati i giudizi di importanza assegnati ad ognuna delle affermazioni presentate.

**Una lettura complessiva dei dati permette di riassumere che i medici bresciani ritengono in modo molto chiaro che:**

- la deontologia medica deve difendere l'agire del medico da eccessiva ingerenza dell'economia, della politica e dell'organizzazione dei servizi (per l'82% è molto importante);
- la deontologia deve continuare a definire il campo del lecito di fronte ad uno sviluppo della tecnica che rende possibile ciò che in passato non lo era (molto importante per oltre l'82% degli intervistati).

Un giudizio variegato viene espresso sul rapporto fra società e deontologia, anche se la maggior parte (oltre il 45%) ritiene che la deontologia non debba adeguarsi

ad uno stile sociale nel quale non esistono più valori assoluti ma relativi; nella stessa direzione la maggior parte (oltre il 55%) ritiene che i principi deontologici debbano continuare a definire in modo autonomo l'agire del medico, senza conformarsi agli orientamenti e desideri del paziente.

L'età influenza la percezione della crisi della deontologia e dei cambiamenti ipotizzati.

In particolare:

- l'opportunità di un cambiamento della deontologia medica e di un suo maggiore adeguamento ad una società in cui non esistono più valori assoluti ma solo valori relativi è considerato importante soprattutto da chi ha più di 65 anni (45.5%), rispetto a chi ha fra 45 e 64 anni (39,5%) e ancora meno dai più giovani (21.3% di chi ha meno di 44 anni);
- la necessità che la deontologia debba continuare a difendere l'agire del medico dalle ingerenze di economia e politica è sentita come importante dall'82.3% di chi ha più di 65 anni e dal 71.1% di chi ha meno di 44 anni;
- anche la necessità che la deontologia continui a definire il campo del lecito aumenta con l'età (69.7% sotto i 44 anni, 81.4% fra 45 e 64 e 85.3% fra chi ha 65 o più anni).

### **Le ragioni della crisi: complessità del paziente e definizione di malattia**

La "complessità" della persona/paziente rappresenta certamente un elemento di criticità di cui i medici sono consapevoli. Nell'indagine sono stati indagati gli elementi che definiscono la complessità del rapporto con la persona/paziente. Nella **tabella 5** è presentato il grado di importanza attribuita alle affermazioni riguardanti gli elementi che definiscono la complessità della relazione medico paziente/persona.

Le ragioni organizzative e quelle legate alle modificazioni della popolazione di riferimento (in particolare invecchiamento

della popolazione e la necessità di fornire risposte a bisogni non solo clinici, ma anche socio assistenziali), insieme alla diffusione di comportamenti di autodiagnosi sono le principali ragioni che rendono “complesso” il rapporto con il paziente.

L’età influenza la definizione della complessità del rapporto medico paziente/persona.

In particolare:

- a. la difficoltà a definire un concetto universale di salute è percepito come importante dal 51% di chi ha meno di 44 anni e dal 64% di chi ha 45 anni o più;
- b. l’importanza attribuita alla spinta all’autodeterminazione dell’individuo aumenta con l’aumentare dell’età (37.5% sotto i 44 anni, 47,3% fra 45 e 64 e 52,3% fra chi ha 65 o più anni);
- c. anche l’importanza attribuita ai limiti finanziari ed organizzativi aumenta con l’aumentare dell’età (44.9% fra chi ha meno di 44 anni, 57,1% fra 45 e 64 e 65,4% fra chi ha 65 o più anni).

Una delle ragioni della crisi della medicina è il concetto stesso di malattia; da taluni si ritiene che l’approccio clinico tradizionale (segni, sintomi, causa, diagnosi, cura...) sia da abbandonare, cercando un modello nuovo nel quale all’autodeterminazione del paziente si accompagna un medico “attore” che modella il suo intervento in base alle diverse esigenze del paziente.

Nella **tabella 6** sono presentate le risposte ai quesiti riguardanti l’approccio clinico tradizionale alla malattia e gli elementi che lo mettono in discussione o in crisi.

Per la stragrande maggioranza dei *responders* al sondaggio l’approccio clinico tradizionale resta valido (77.7%), mentre per il 13.9% richiede una revisione “*perché la malattia non può più essere considerata un concetto unitario, con una genesi definita, ma è modificata dalla storia dell’individuo, dalla sua individualità*”.

Anche in questo caso l’età influenza le

	bassa	media	elevata
La spinta all’autodeterminazione dell’individuo	8,8%	46,8%	44,4%
I limiti finanziari ed organizzativi che impediscono una azione “libera” e quindi maggiormente efficace del medico	7,5%	38,5%	53,9%
La difficoltà a definire un concetto universale di salute (non più assenza di malattia o benessere, ma vitalità ad ogni costo)	5,9%	34,9%	59,2%
Il difficile rapporto fra medicina ospedaliera e territoriale, fra servizi sanitari e socio assistenziali, fra medicina generalista e specialistica	5,5%	31,6%	62,9%
L’invecchiamento della popolazione, l’aumento delle persone polipatologiche e fragili	5,4%	27,0%	67,6%
La diffusione di comportamenti di autodiagnosi e di ricerca di informazioni mediche online.	4,5%	21,5%	74,0%
L’intreccio degli aspetti clinici con quelli socio-assistenziali	2,9%	25,1%	71,9%

**TABELLA 5:** Importanza (bassa/media/elevata) attribuita alle affermazioni riguardanti gli elementi che definiscono la complessità della relazione medico paziente/persona.

risposte e la percentuale di chi ritiene ancora valido il tradizionale concetto di malattia e il conseguente approccio clinico è più elevata fra i più giovani: l'82.9% di chi ha meno di 44 anni, il 73.6% di chi ha fra 45 e 64 anni e il 78% di chi ha più di 65 anni.

La definizione di salute, il concetto di malattia, il metodo clinico definiscono le modalità di relazione medico-paziente. Questa relazione si è modificata nel tempo ed appare forse oggi utile domandarci se i modelli su cui si fonda la relazione siano ancora validi o vadano ridefiniti.

Nella **tabella 7** è presentata la distribuzione delle risposte alla domanda se i vari modelli di "relazione di cura" presentati sono validi (le risposte sono state raggruppate in: *non valido*, *moderatamente valido*, *valido*)

Il modello di relazione di cura ritenuto largamente più valido è quello della alleanza terapeutica (83.5% degli intervistati), così come è ritenuto valido dal 50% il modello di relazione polivalente.

L'età influenza solo il giudizio sul modello paternalistico, che è ritenuto valido dal 6.8% dei più giovani (sotto i 44 anni), dal 8.6% di chi ha fra 45 e 64 anni e dall'11.2% di chi ha più di 65 anni.

## Crisi della medicina: le proposte di cambiamento

La crisi è uno stimolo al cambiamento ed al superamento delle difficoltà. In questa direzione si è volta quindi l'analisi della opinione dei medici bresciani ai quali è stato chiesto un giudizio sugli elementi ritenuti di maggiore importanza per un cambiamento in positivo della medicina e per il superamento della crisi del ruolo del medico.

Nella **tabella 8** vengono presentati i giudizi rispetto ad alcune opzioni possibili per il superamento della crisi della medicina

L'età influenza i giudizi ed in particolare:

- la necessità di ridefinire il rapporto con le altre professioni sanitarie è giudicato importante dal 45.4% di chi ha meno di 44 anni, dal 50.6% di chi ha fra 45 e 64 anni e dal 58.8% di chi ha 65 o più anni;
- la ridefinizione dei principi deontologici è ritenuta importante dal 15.8% sotto i 44 anni, dal 24,1% fra 45 e 64 e dal 29,6% di chi ha 65 o più anni;
- la necessità di ridefinire le basi scientifiche della medicina aumenta con l'aumentare dell'età (8.2% fra chi ha meno di 44 anni, 19.5% fra 45 e 64 e 24.6% fra chi ha 65 o più anni).

SI, sono ancora validi	77,7%
NO, perché la malattia non può più essere considerata un concetto unitario, con una genesi definita, ma è modificata dalla storia dell'individuo, dalla sua individualità	13,9%
NO, perché oggi è necessaria una medicina diversa, che non si basa su una interpretazione unitaria dei fenomeni, nella quale la soggettività prevale sul dato oggettivo	2,9%
NO, perché il metodo clinico tradizionale sarà profondamente modificato dalla tecnologia (robotica, intelligenza artificiale, ecc.) che limiterà sempre di più il ruolo del medico o addirittura lo sostituirà	3,3%
NO, per ragioni diverse da quelle qui riportate	1,7%

**TABELLA 6:** Ritieni che il concetto di malattia e l'approccio clinico tradizionale (segni, sintomi, causa, diagnosi, cura...) siano ancora validi, pur con i necessari adattamenti dovuti alla complessità dei pazienti di oggi? (I dati sono rappresentati in percentuale)



Modelli	non valido	moderatamente valido	valido
il modello di beneficalità o paternalistico	52,4%	39,1%	8,4%
il modello centrato sulla autonomia del paziente o auto deterministico, nel quale il medico è uno strumento a servizio della volontà del paziente	69,5%	24,4%	6,0%
il modello contrattuale o del paziente-cliente	59,9%	32,9%	7,2%
il modello della alleanza terapeutica, nella quale al centro vi è il malato con i suoi bisogni	1,5%	15,0%	83,5%
il modello di relazione polivalente, nel quale medico e paziente collaborano fra loro su un piano paritario nella definizione del percorso di cura	16,7%	32,8%	50,4%

**TABELLA 7:** Distribuzione dei giudizi rispetto ai vari modelli di cura proposti

Sono stati quindi analizzati i fattori personali di disagio che vengono presentati raggruppando i punteggi in tre classi (poco/abbastanza/molto). I dati sono presentati nella **tabella 9**. Burocrazia, medicina difensiva e diffusione di informazioni ricavate dalla "rete", scarsa tutela giuridica, insieme a turni di lavoro eccessivi e inadeguatezza organizzativa sono le principali fonti di disagio che andrebbero modificate per superare la

crisi del medico. L'età influenza gli elementi di disagio. Le eccessive aspettative del paziente dovute alle informazioni raccolte in rete pesano più fra i soggetti più giovani (con meno di 44 anni) (81.2% vs 69% fra coloro che hanno più di 65 anni), così come il deterioramento del rapporto medico-paziente (67.5% vs 48.6% fra chi ha più di 65 anni e i turni di lavoro elevati (70.2% vs 54.0%).

	non d'accordo	moderato accordo	accordo elevato
Ridefinizione delle basi scientifiche della medicina, superando il modello fino a qui utilizzato	41,6%	41,9%	16,4%
Ridefinizione dei principi deontologici, adeguandoli al mutamento della società	33,9%	44,0%	22,1%
Ridefinizione dell'organizzazione del sistema sanitario superando la tradizionale divisione fra ospedale e territorio, fra medicina generalista e specialistica	9,1%	27,1%	63,8%
Ridefinizione del rapporto con le altre professioni sanitarie	10,9%	39,0%	50,1%
Riduzione dei vincoli amministrativi e burocratici	4,5%	14,5%	81,1%

**TABELLA 8:** Distribuzione del livello di accordo alle opzioni per il superamento della crisi della medicina

Fattori	poco	abbastanza	molto
Deterioramento del rapporto medico-paziente	8,4%	35,0%	56,6%
Eccessiva burocrazia	2,2%	15,2%	82,6%
Turni e orari di lavoro sempre più impegnativi	6,8%	25,0%	68,2%
Inadeguatezza del sistema formativo (universitario e post)	17,7%	43,5%	38,8%
Inadeguatezza del sistema organizzativo (aziendalizzazione, ospedale vs territorio, medico generalista versus specialista, ecc.)	3,9%	29,7%	66,3%
Eccessiva ingerenza della tecnologia ed eccesso di innovazioni	37,7%	42,7%	19,6%
Inadeguatezza del modello di medicina basato sulle evidenze, sulle linee guida e protocolli	35,2%	42,1%	22,8%
Ingerenza e difficoltà di interazione con le altre professioni sanitarie	21,3%	47,6%	31,2%
Scarsa tutela giuridica	6,1%	24,3%	69,6%
Diffusione della medicina difensiva	1,8%	17,9%	80,2%
Difficoltà di relazione con i colleghi che lavorano in altri servizi	13,2%	46,3%	40,6%
Complessità dei bisogni dei pazienti sempre più anziani, polipatologici, fragili	9,1%	28,4%	62,5%
Eccessiva super-specializzazione delle competenze	12,3%	39,6%	48,1%
Aspettative, richieste o pretese del paziente sulla base di informazioni acquisite sui social o in rete...	3,8%	19,5%	76,7%

**TABELLA 9:** Che importanza hanno, secondo la tua esperienza personale, i seguenti fattori nel determinare disagio nell'esercizio della professione

Le innovazioni tecnologiche sono sentite come disagio più dalle persone con 65 anni e oltre (22.7%) che dai più giovani (13.6% fra chi ha meno di 44 anni), così come l'inadeguatezza del modello di medicina (25.5% vs 10.8%) e l'eccessiva super specializzazione (54.0% vs 38.1%). È stato analizzato il tema della integrazione fra le professioni che rappresenta certamente uno degli elementi centrali nella riflessione su un nuovo modello di medicina. Per il 54.7% dei medici vi è una

buona integrazione fra le professioni sul piano clinico e assistenziale, anche a fronte di una scarsa definizione dei ruoli e di una difficoltà a sviluppare rapporti di fiducia reciproca (per il 62.1% dei *responders*); ancora radicata è l'idea della centralità della figura del medico rispetto alle altre figure sanitarie (41%).

## CONCLUSIONI

- La crisi della medicina e della figura del medico è percepita come una realtà da oltre il 92% dei medici bresciani e questa è una realtà soprattutto per i più giovani.
- I provvedimenti in atto per affrontare la discussione di questa crisi (gli stati generali) sono ancora poco noti, soprattutto fra i più giovani.
- Le ragioni della crisi e le fonti del disagio che ne consegue sono complesse, anche se alcuni elementi di fondo possono essere delineati: la crisi del rapporto medico-paziente, la crisi dei valori sociali, l'inadeguatezza del sistema organizzativo soprattutto di fronte alla crescente complessità dei bisogni dei pazienti e il peso eccessivo di burocrazia e ragioni economiche sono gli elementi principali che sostengono questa crisi.
- La deontologia medica rappresenta un argine all'ingerenza dell'economia, della politica e dell'organizzazione dei servizi e deve continuare a definire l'agire professionale.
- Anche l'approccio clinico tradizionale resta valido per oltre il 77% dei medici; soprattutto per i più giovani.
- Il rapporto medico paziente si basa sul principio della alleanza e della collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi di cura e il medico non rinuncia ad un ruolo attivo in questo contesto.
- Ridefinizione dell'organizzazione del sistema sanitario superando la tradizionale divisione fra ospedale e territorio, fra medicina generalista e specialistica e la riduzione dei vincoli amministrativi e burocratici sono gli elementi centrali per il cambiamento.
- Burocrazia, medicina difensiva e diffusione di informazioni ricavate dalla "rete", scarsa tutela giuridica, insieme a turni di lavoro eccessivi e inadeguatezza organizzativa sono le principali fonti di disagio che andrebbero modificate per superare la crisi del medico e della medicina. ●



# Medicina e filosofia della scienza: tutto da reinventare?

**Loana Liccioli**

già Medico di Medicina Generale,

laureata in filosofia

Cultore della materia

Dipartimento Scienze Umane, dell'Università di Verona

## Filosofia e medicina

...La filosofia e la medicina sono state interconnesse dall'antichità fino almeno al XVI secolo, e anche successivamente i corsi di Logica e Filosofia facevano parte del curriculum di un medico, ma solo da poco si sono recuperati e valorizzati gli aspetti ontologici ed epistemologici che forniscono alle due discipline importanti possibilità di progresso nelle normative del pensiero. La medicina è caratterizzata da una ricchezza di contenuti che hanno come finalità la diagnosi e la terapia, vale a dire un importante processo conoscitivo, preliminare ad una strategia terapeutica. L'aspetto epistemologico deve pertanto confrontarsi con il livello pratico e l'analisi dei singoli dati (sintomi) va posta in relazioni razionali multiple: prima fra i dati stessi e successivamente con i referenti nosologici delle varie patologie codificate. Tuttavia il procedimento clinico deve fare i conti con la complessità delle patologie reali ed essere in grado di recuperare la dimensione soggettiva del paziente, pur partendo da modelli generalizzanti. La medicina non offre parametri valutativi statici e indiscutibili ma un mezzo per

intervenire in una specifica condizione patologica di uno specifico paziente. Possiamo pertanto riconoscere nella medicina lo statuto della filosofia teoretica nella fase del processo conoscitivo e lo statuto della filosofia pratica nell'azione. Il medico è come il filosofo pratico che non cerca verità assolute e universali sulla malattia (il progresso scientifico mostra come sia impossibile farlo), ma la studia nella sua specificità attraverso un processo di ricostruzione delle cause, dei sintomi, dell'evoluzione, dell'impatto sul paziente e della sua reattività, per poter scegliere la terapia più adeguata. Come infatti afferma Aristotele nei *Topici* «"bene" in medicina è ciò che è capace di creare salute»,<sup>1</sup> connotando così la medicina come uno strumento pratico che ha per finalità la protezione dell'uomo, e pertanto dotata di un ruolo etico indiscutibile che coniuga la scientificità della ricerca con la dimensione soggettiva del singolo individuo.

<sup>1</sup> *Topici*, I, 15, 107a 5-7.

## Osservazione della natura e progresso della medicina

L'uomo fin dalle origini si rende conto della propria fragilità di fronte alle insidie del mondo in cui vive e cerca strumenti per proteggersi e sopravvivere. La nascita della medicina diventa lo strumento trasversale che interviene in tutti gli ambiti della vita quotidiana: dalla possibilità di riparare i danni di una ferita provocata dalla caccia o dalla guerra, alla ricerca di pozioni in grado di curare i diversi malanni. Eschilo nel *Prometeo* fa affermare al titano che, fra gli espedienti per aiutare gli umani, ne ha escogitato uno che è il più grande e importante:

*[...] se qualcuno cadeva ammalato, non disponeva affatto di rimedi in cibo o in unguenti o in bevande, ma si disseccava per mancanza di cure; finché io insegnai loro misture di medicine efficaci che sgombrano ogni affezione<sup>2</sup>.*

La medicina assume così un ruolo decisivo per garantire il superamento di eventi che alterano lo stato di salute dell'uomo, permettendogli di modificare il proprio destino attraverso la guarigione.

La medicina antica supera le modalità fideistiche della medicina sacerdotale, praticata nei templi di Asclepio, a partire dal VI secolo a.C. quando la Grecia vede fiorire numerose scuole gestite dai maggiori filosofi presocratici, che sono anche biologi e medici, e per questo detti *physiologi*. Lo studio della natura, la ricerca della finalità degli esseri, la ricerca sperimentale entrano così nella pratica medica. La tassonomia fantastica viene superata dalla elaborazione critica delle molteplici osservazioni accumulate.

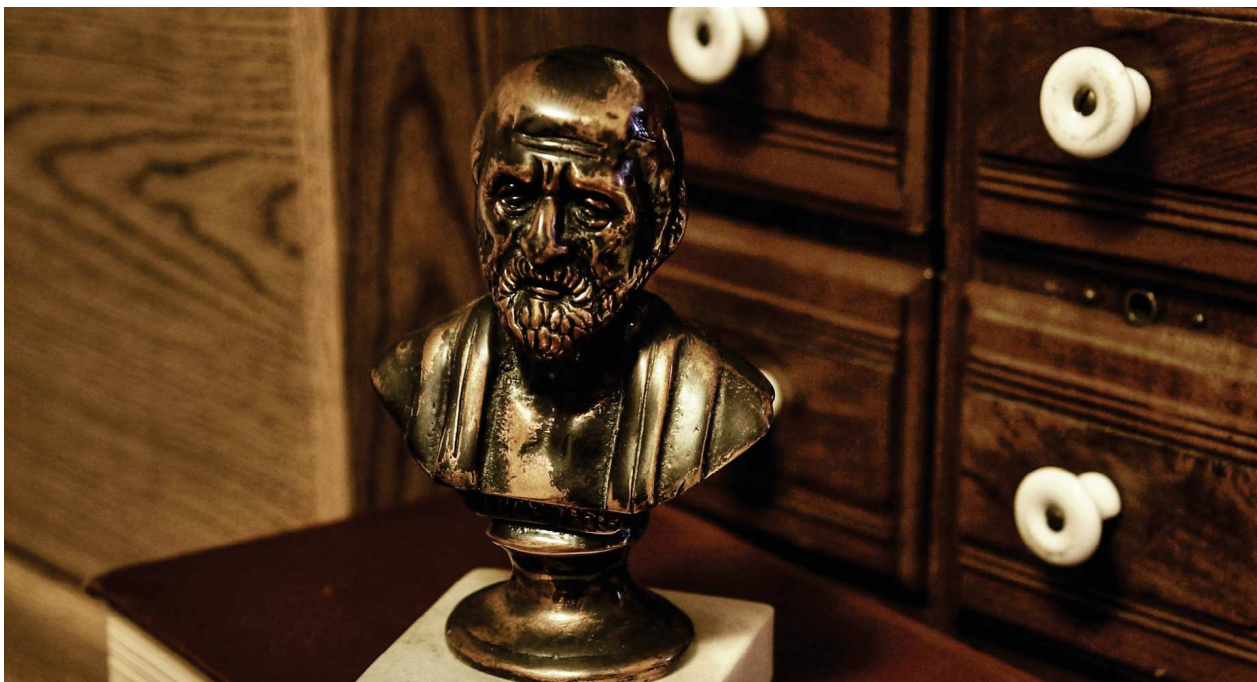
Le scuole preippocratiche attive fra il V e il VI secolo a Cirene, Cnido, Rodi e in vari luoghi della Magna Grecia, di cui ricordiamo soprattutto Crotone, portano avanti un nuovo modo di fare medicina che si esprime a livello teoretico nel concetto di

*krasis* (miscela debitamente proporzionata), quale condizione di equilibrio indispensabile per la salute dell'organismo. Alcmeone da Crotone, massimo esponente della scuola, elabora questo concetto di *krasis* in modo molto articolato connotando l'organismo come un insieme di elementi qualitativi (caldo-freddo, umido-secco, dolce-amaro), e definendo la salute *isonomia* (armonia fra contrari), la malattia, squilibrio fra le innumerevoli qualità determinato dall'eccesso o dal dominio (*monarchia*) di una qualità sulle altre che vanno comunque a turbare la *krasis*. Anche le cause esterne possono incidere sull'integrità dell'organismo, ma sempre alterando uno o più aspetti fisiologici. È ovvio che siamo ancora nel campo della medicina basata sullo studio delle qualità e non sulla misurazione di parametri e matematizzazione dei risultati, tuttavia Alcmeone dà inizio alla medicina istituzionale che, successivamente, si identificherà con la Scuola di Cos. Alcmeone è il primo a portare avanti la dottrina della centralità del cervello che non sarà recepita per molti secoli ancora, distingue il cervello dagli organi di senso e riconosce il ruolo delle vie afferenti, scopre il chiasma ottico, distingue le arterie dalle vene.

## Scuola di Cos: Ippocrate

La scuola di Cos, sorta sull'isola omonima alla metà del V secolo a. C., mette in atto una teoria che si propone di rielaborare il dato osservativo, razionalizzandolo e rendendolo fruibile nel riconoscimento della patologia: il metodo semeiotico-induttivo. La semplice catalogazione dei fenomeni non porta alla conoscenza scientifica, perché serve invece organizzarli e trasformarli in memoria, ricostruendo una storia clinica, l'anamnesi che consente, oltre alla definizione di una diagnosi, la formulazione di un'ipotesi abbastanza attendibile quale è la prognosi. L'indagine medica attraverso l'autopsia, l'anamnesi e la diagnosi arriva a elaborare una visione sinottica del morbo: l'*eidōs* del morbo, che va inteso come un modello a cui rifarsi per riconoscere la malattia

<sup>2</sup> *Prometeo incatenato*, in Eschilo, *Le tragedie*, a cura di C. Carena, Einaudi, Torino 1980, p. 123.



nei casi concreti, descrivendo i sintomi e il decorso, senza per questo coincidere con una patologia specifica. In questo senso l'*eidos* diventa *logos* o racconto della malattia e quindi anamnesi, che orienta verso la diagnosi tramite un processo di elaborazione logico-concettuale dei sintomi che spesso sono trasversali riguardando varie patologie, ma che acquistano un significato univoco attraverso l'osservazione razionalizzata.

Il metodo ipocratico è molto articolato e richiede da parte del medico esperienza e preparazione nel favorire la ricostruzione della storia clinica che pone al centro la figura del malato nella sua unicità, e lo aiuta a ricordare anche i minimi dettagli che di per sé non sono immediatamente trasparenti, ma inseriti in un quadro complessivo definiscono la malattia nella sua specificità.

Questo processo di razionalizzazione dei segni deve essere raggiunto «*in modo giusto e corretto, e non secondo l'accidentalità del caso*»<sup>3</sup>. L'anamnesi medica risulta essere

un'operazione di tipo transtemporale, in quanto, unificando su basi razionali il passato, il presente e il futuro del paziente, permette di costruire una storia clinica, mostrando la continuità fra lo stato di salute e la malattia; in questo sistema evolutivo il posto centrale è occupato dal malato visto e studiato come un organismo complesso e unitario.

Grande importanza viene riconosciuta al ruolo della comunicazione nella raccolta dei dati, e la capacità di far emergere il "non detto" connoterà il medico veramente capace. Risulta evidente il significato etico di un procedimento che mette al centro l'individuo, portatore di un complesso di fenomeni che sono la manifestazione della sua malattia e non di una malattia generica che esiste al di fuori del malato stesso. Vale a dire che non esiste una divaricazione concettuale fra salute e malattia, come poi avverrà in epoca moderna e, anche se questa concezione olistica e vitalistica è limitativa per un reale progresso scientifico, evidenzia dei parametri di riferimento che andrebbero recuperati per creare quell'empatia medico-paziente, che

<sup>3</sup> Ippocrate, *L'antica medicina* in *Opere* a cura di M. Vegetti, UTET, Torino 1996, p. 173.

costituisce oggi uno dei problemi inerenti alla crisi della medicina. Avvalendosi poi di osservazione, auscultazione, palpazione, ricerca di odori o sapori particolari, i medici ippocratici giungono ad una conclusione attraverso un procedimento inferenziale in quanto «*occorre poi confrontare e vagliare i segni, buoni e cattivi, che sopravvengono, e su questa base formulare le previsioni: così ti avvicinerai quanto è possibile al vero*»<sup>4</sup>. Nei trattati intitolati *Epidemie* vengono esposti numerosi casi, seguiti dall'esordio alla conclusione positiva o negativa, attraverso il decorso della malattia di giorno in giorno, con dovizia di particolari, precisione e attenzione. Il bravo medico arriva ad una corretta definizione del morbo «*conducendo l'argomentazione a partire da tutti i sintomi*», trasformando però un generico dato in segno *significante*<sup>5</sup>. Dopo la conclusione diagnostica si apre la prospettiva della terapia che avrà successo o meno a seconda di come il medico ha compiuto il processo conoscitivo: *Per il medico è cosa ottima praticare la previsione: prevedendo infatti e predicendo, al fianco del malato, la sua condizione presente e passata e futura, e descrivendo analiticamente quanto i sofferenti stessi hanno tralasciato, egli conquisterà maggiore fiducia di poter conoscere la situazione dei malati, sicché essi oseranno affidarglisi. E potrà progettare un'eccellente terapia se avrà previsto i futuri sviluppi a partire dai mali precedenti*<sup>6</sup>. L'empirismo ippocratico permetterà di instaurare una nuova relazione tra ragione ed esperienza, in quanto il dato che inizialmente ha valore di sintomo (*semeion*) assume successivamente la connotazione di prova (*tekmerion*): partendo dalla sensazione rielaborata secondo un metodo logico-concettuale si riesce a stabilire un criterio di verità.

4 Ippocrate, *Il prognostico*, in *Opere*, cit., p. 247.

5 Ippocrate, *Il prognostico*, cit., p. 255.

6 Ippocrate, *Il prognostico*, cit., p. 237.

## Scuola Alessandrina e Galeno

La scuola alessandrina (III sec. a.C.) ha conosciuto anatomisti e fisiologi di grande portata. Le dissezioni su cadaveri, ma pare anche vivisezioni su condannati (secondo Celso), permisero ad Erofilo ed Erasistrato di raggiungere interessanti traguardi nella conoscenza del corpo umano.

Erofilo (340 a.C. circa) distinse i nervi dai vasi sanguigni e le arterie dalle vene, descrisse l'arteria polmonare definendola "vena arteriosa", accertò per primo l'isosincronismo del battito del cuore e delle arterie, descrisse il polso dicroto, e studiò il polso minuziosamente applicandovi anche le teorie musicali di Aristosseno di Taranto.

Erasistrato (330 a.C. circa) che fu anche allievo di Aristotele, a parte gli importanti studi sul sistema nervoso<sup>7</sup>, capì la funzione antireflusso delle valvole cardiache<sup>8</sup>, descrisse il cuore come una pompa che possiede una forza intrinseca determinante contrazioni e rilasciamenti, descrisse la fisiologia circolatoria come formata da sistemi: uno venoso, deputato al nutrimento del corpo, l'altro arterioso, aereo costituito dallo pneuma che proviene dall'aria penetrata attraverso i polmoni e si trasforma in spirito vitale nel cuore, distribuendosi nel corpo attraverso le arterie<sup>9</sup>.

Claudio Galeno nato a Pergamo (Turchia attuale) nel 129-212 d.C. viaggiò molto soggiornando a lungo ad Alessandria, il principale centro medico dell'antichità. Tornato a Pergamo diventò medico dei gladiatori, facendo una grande pratica in campo anatomico e traumatologico,

7 Distinse i nervi motori dai sensitivi anche se sbagliò ritenendo che l'origine dei primi fosse nella dura madre).

8 Il termine di valvola venne usato la prima volta da Alessandro Benedetti nel 1493.

9 Per Erasistrato l'aria entra nei polmoni attraverso la trachea che viene considerata un'arteria, passa da qui all'arteria polmonare (arteria che somiglia ad una vena), arriva al ventricolo sinistro, da cui si distribuisce alla periferia attraverso le arterie. Lo stesso Galeno, nel *De utilitate respirationis* ritiene, citando Erasistrato, che noi respiriamo per riempire le arterie. Incidentalmente ricordiamo che le opere di Erofilo ed Erasistrato non ci sono pervenute e la fonte di maggiori informazione è Galeno.

successivamente a Roma, sotto l'impero di Marco Aurelio, divenne il medico più ambito nei circoli dell'alta società romana. Famose le sue dissezioni e vivisezioni pubbliche su molti animali, e, secondo Celso, anche su condannati a morte. La sua produzione è immensa anche se non è giunta interamente a noi, e la sua visione della medicina era legata indissolubilmente allo studio dell'anatomia.

Nel sistema anatomofisiologico galenico, mediato in buona parte da Erasistrato, il principio vitale è lo *spirito* o *pneuma*, che penetra nel corpo attraverso la trachea, passa nei polmoni e attraverso l'*arteria venosa* (vena polmonare) giunge al cuore sinistro dove viene a contatto col sangue. Il sangue per Galeno origina dagli alimenti trasformati in chilo e trasportati dalla vena porta al fegato, che infonde al chilo lo *pneuma physikon*, o *spirito naturale*, fornito del potere di nutrire e accrescere. Il fegato distribuisce poi il sangue venoso a tutto il corpo. Il sangue venoso, che giunge al cuore destro dalla vena cava, tramite la *vena arteriosa* (arteria polmonare) viene trasportato ai polmoni dove si libera dalle impurità per mezzo della espirazione, oltre che fungere da nutrimento per i polmoni stessi. Una piccola parte del sangue giunto al cuore destro filtra attraverso piccolissimi pori del setto cardiaco nel cuore sinistro dove, incontrandosi con l'aria giunta dall'esterno attraverso l'*arteria venosa* (vena polmonare), forma lo *pneuma zotikon* (*spirito vitale*) che si manifesta nel polso, ed è capace di conferire attività agli organi e di trasformare lo scuro sangue venoso in rosso sangue arterioso, che viene poi distribuito dalle arterie a tutto il corpo. Il sangue arterioso giunge al cervello attraverso le carotidi interne che si sfioccano in una fitta rete, la *rete mirabile*, veicolando lo spirito vitale che nei ventricoli cerebrali subisce una misteriosa trasformazione sublimandosi in *pneuma psychikon* o *spirito animale*, e può raggiungere la periferia attraverso i canali nervosi, diventando il responsabile del movimento e della sensibilità. Quindi i tre spiriti rappresentano altrettante facoltà, espressione di vere e proprie funzioni fisiologiche: nutritiva, circolatorio-



CLAUDE GALIEN

respiratoria, sensitivo-motoria; due sono invece i tipi di sangue: venoso e arterioso distribuiti rispettivamente dal fegato e dal cuore attraverso vene e arterie: la rete venosa distribuisce il nutrimento, la rete arteriosa lo spirito vitale.

Il movimento del sangue è di tipo centrifugo e sfrutta la *vis a tergo* del nuovo sangue che arriva, subendo una sorta di attrazione dalle parti del corpo che ne hanno bisogno. Il modello che si evince da questa descrizione è quello di una calamita e non di una pompa.

### La medicina e la meccanica

Il modello galenico della circolazione sanguigna poté essere sostituito compiutamente solo dagli studi di William Harvey (1578-1657), in seguito all'indirizzo meccanicistico che improntò la ricerca biologica del Seicento, a partire dalle procedure di matematizzazione dei risultati sperimentali di Galilei (1564-1642). L'analisi epistemologica delle strutture analitico-dimostrative del *De motu cordis* harveyano mostra infatti la loro costruzione



secondo la *resolutio* e la *compositio*, e lo svolgimento secondo il procedimento galileiano della escogitazione delle ipotesi e della loro verifica sperimentale. Dal II all'VIII capitolo Harvey procede secondo il metodo della *resolutio*, che nell'VIII capitolo sintetizza i risultati ottenuti col metodo analitico, esaltando il momento tipicamente induttivo e pone l'ipotesi circolatoria attraverso argomentazioni di tipo quantitativo. Nel IX poi valuta la determinazione delle conseguenze prevedibili a partire da essa. Un altro grande contributo al progresso della medicina è rappresentato dall'uomo-macchina di Descartes (1596-1650) che valorizza l'esperienza attraverso la ricostruzione della causalità fisica e di conseguenza abolisce le forme sostanziali che avevano improntato la medicina delle "qualità". Nel sistema delle scienze, Descartes configura la Filosofia come un albero radicato nella metafisica, il cui tronco è rappresentato dalla fisica, da cui si diramano le altre scienze che si riassumono nella Meccanica, nella Medicina e nella Morale. Nonostante la visione meccanicistica della medicina cartesiana, una funzione etico-pratica della stessa viene sottolineata in più parti delle sue opere, ma mirabilmente espressa nel *Discours de la méthode* in cui la applicazione delle conoscenze derivanti dallo studio della Fisica non devono servire solo «*per inventare strumenti che ci farebbero godere senza fatica dei frutti della terra e di tutte le comodità che vi si trovano, ma anche, soprattutto, per conservare la salute, che è senza dubbio il primo e fondamentale bene della nostra vita*».<sup>10</sup>

## Conclusione

Dopo questa breve presentazione delle origini e dello sviluppo della filosofia della medicina, vengono spontanee alcune domande: la filosofia e la medicina sono veramente interconnesse? Ha senso interpellare la metafisica per arrivare ad una visione completa del rapporto dell'uomo con la vita? In fondo il pensiero e la

riflessione hanno sempre connotato l'uomo nella sua essenza, e l'uomo fragile, perché malato, aiutato dall'uomo che cura, vale a dire il medico, sono due tasselli dello stesso grande scenario della vita; il rapporto fra il medico e il paziente si basa infatti sempre su due presupposti di base: la comunicazione e l'elaborazione della storia clinica.

La "crisi" della medicina certamente è supportata da fattori difficilmente controllabili come la burocratizzazione estrema dei processi di cura che tendono ad inquinare il rapporto medico-paziente, o la cronica mancanza di tempo per poter guardare, toccare, ascoltare il paziente e guidarlo nella esposizione dei suoi problemi, ma è anche vero che "l'uomo che cura" è a sua volta un uomo fragile che spesso non regge il carico dell'attività quotidiana.

...Il ruolo del medico si concretizza in un processo di ricerca scientifica finalizzata sia alla determinazione dei modelli di vita consigliabili, sia al mantenimento e al ripristino della salute stessa, ma se riflettiamo su quanto affermava Galeno che «*il vero medico è compagno della temperanza come della verità*»<sup>11</sup>, ci rendiamo conto che la conoscenza e la pratica personale di una buona vita permette al medico di accedere ad una dimensione etica che può aiutarlo a modificare comportamenti dannosi e afinalistici nello svolgimento della sua professione.

Allenando la capacità di giudizio ad usare cautela nel prendere posizioni, e la volontà a valutare razionalmente i fatti controllando gli impulsi, si possono superare molti automatismi comportamentali che spesso inducono a rassegnarsi di fronte alle crescenti difficoltà della relazione di fiducia medico-paziente.

Come sostenuto da Karl-Otto Apel esiste una normatività morale all'interno dell'atto comunicativo, che deve superare l'asimmetria del modello

<sup>10</sup> *Discorso sul Metodo*, in *Opere filosofiche*, a cura di E. Loiacono, Vol. I, p. 542.

<sup>11</sup> GALENO, *Opere scelte*, a cura di I. Garofalo e M. Vegetti, UTET, Torino 1978, pp. 100-101.

tradizionale del rapporto fra il medico e il paziente in cui il primo decide ed il secondo esegue. Numerosi sono i modelli che si sono succeduti nella riflessione bioetica degli ultimi anni, il modello personalista è quello sul quale si lavora attualmente molto, in quanto si apre al tema dell'alleanza terapeutica, luogo in cui entrambi gli attori mantengono le rispettive libertà e agiscono in prima persona.

Questo tipo di relazione è caratterizzata dalla fiducia, poiché viene messa al centro la persona, sia medico che paziente considerati soggetti paritari, con i propri valori e con la singolarità della propria esistenza. Questa modalità di rapporto stimola la capacità del medico di assumersi un impegno globale che va oltre quello tecnico-professionale, comprendendo anche quello umano.<sup>12</sup>

A questo punto possiamo concordare sulla partecipazione della filosofia all'evoluzione della scienza medica che non è solo caratterizzata dall'aspetto puramente tecnico, ma comprende una ricchezza di contenuti umani che solo la costante riflessione sul valore della persona riesce a fare emergere. Quindi il medico preparato, coniugando i due parametri, diventa promotore della salute fisica e garante della salute morale, come espresso nella affermazione di Galeno «*Chi è un vero medico, è sempre anche filosofo*»<sup>13</sup>. ●

12 A questo proposito si segnala L. Perfranceschi, *Trasparenza e fiducia nell'ethos comunicativo medico-paziente*, in *Alla ricerca di un Ethos fra mente e corpo*, a cura di G. Erle, Edizioni universitarie Cortina, Verona 2016, pp.121-131.

13 *Opere scelte*, a cura di I. Garofalo e M. Vegetti, UTET, Torino 1978, pp. 100-101.

# Epistemologia della pratica quotidiana

**Sebastiano Castellano**

*Già medico ospedaliero, laureato in filosofia  
Cultore della materia  
Dipartimento Scienze Umane,  
dell'Università di Verona*

## Introduzione

L'epistemologia è la disciplina che riflette su concetti e problemi della conoscenza comuni ai diversi campi scientifici. Nell'ambito dell'epistemologia generale si distinguono epistemologie speciali che sono proprie di un determinato settore del sapere e del corrispondente operare scientifico. Tra i problemi più antichi affrontati dall'epistemologia c'è la fondamentale distinzione tra vera scienza e credenza non giustificata. Il problema sta nel definire un principio giustificativo in base a cui un dato dell'esperienza è accettabile come base di ragionamenti corretti e di prassi affidabili oppure deve essere ritenuto un'opinione tra tante possibili opinioni. Detto in termini discorsivi non sempre le cose sono come sembrano per esperienza diretta o per credenza diffusa o, come è avvenuto lungo tanti secoli, per insegnamento degli antichi o interpretazione delle sacre scritture. Centrale in età moderna è la ricerca, antichissima, del metodo che garantisca la vera scienza e quindi generi accordo, di pensiero e di prassi, tra i membri della comunità degli scienziati. Per Francis Bacon e per Galilei essenziale per tale metodo

è la cooperazione di esperienza e ragione. Galileo aggiunge alle esperienze empiriche (*le sensate esperienze*) lo strumento del calcolo (*le necessarie dimostrazioni*).

**Il movimento filosofico che prende il nome di positivismo, avviato da Auguste Comte nei primi decenni dell'Ottocento e riformulato da John Stuart-Mill, accorda un vero culto alla scienza, unica forma di conoscenza possibile e unico metodo di indagine.**

Il valore assoluto del pensiero scientifico e la supposta invariabilità delle leggi che regolano i fenomeni accantonano di fatto le inquietudini epistemologiche e minimizzano la funzione di una disciplina che fa del dubbio la propria risorsa.

A partire dagli anni settanta del secolo XIX scoperte scientifiche e innovazioni tecniche producono visioni differenziate del mondo sociale e naturale. In particolare la crisi delle certezze in matematica e in fisica solleva nuovi interrogativi a cui viene offerta un'ampia gamma di soluzioni. Di nuovo e con maggior vigore gli scienziati sono indotti a pensare criticamente alle forme e ai limiti del loro sapere. L'impresa epistemica cresce e si approfondisce e ai nostri giorni si configura come una forma di pensiero, che interroga e alimenta, quanto meno sotterraneamente, la teoria e la pratica scientifica.

### Epistemologia in medicina

Già Galeno, maestro di medicina indiscusso e non discutibile per più di un millennio, sosteneva nel secondo secolo che i medici suoi contemporanei tanto ossequiavano la figura di Ippocrate quanto poco praticavano l'osservazione e il ragionamento, essenza della sua scuola. Passano molti secoli prima che tra i medici si riscopra la necessità del momento osservativo e, insieme, la difficoltà di osservare correttamente. A Settecento avanzato anche i medici recepiscono il motto di Isaac Newton, *Hypotheses non fingo* (1687), guardano con sospetto le ipotesi fondate unicamente sui dati dell'osservazione e cominciano a chiedersi su quali prove possa contare il loro agire.

L'Ottocento che si apre in Francia con la soppressione giacobina della Facoltà di Medicina e la fondazione delle *Ecoles de santé*, è il secolo delle grandi scoperte e delle

grandi trasformazioni. Quando comincia, ha credito la teoria miasmatica, quando finisce è affermata la teoria dei germi. Nei primi decenni i clinici imparano regole di corrispondenza tra i dati ricavati dalle nuove tecniche di visita e le lesioni organiche che negli ultimi quattro anni riescono, in parte, a vedere nel vivente. La ricerca dei microrganismi nei materiali organici e non organici, promuove la centralità del laboratorio. I giudizi soggettivi della visita fisica sono completati dallo studio dei dati obiettivi del laboratorio e delle immagini radiologiche. Nuovi strumenti materiali e concettuali, inducono una nuova prassi che promuove un paradigma nuovo: il corpo umano, sano o malato, è pensato in termini quantitativi. Numerosi sono i clinici e i ricercatori che, nella successione rapida delle conoscenze, delle idee, dei mezzi di indagine, sentono il bisogno di riflettere sull'impatto del nuovo, sui metodi del loro agire e sulla loro stessa identità.

**Determinante per il pensiero medico è stata la dottrina metodologica di Claude Bernard**

(1813-1878), fisiologo di innumerevoli intuizioni e scoperte, per molte delle quali si è detto che: *sfuggono allo sguardo dello storico perché sono diventate parte del patrimonio scientifico comune e anonimo*<sup>1</sup>. Di Claude Bernard consapevolmente si ricorda l'insegnamento metodologico contenuto nella *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Quattrocento pagine di brillante sintesi di un quarto di secolo di vita in laboratorio che si propongono di portare la fisiologia sperimentale al centro del sapere medico, non solo come sistema di conoscenze ma come modello operativo in tutte le branche della medicina.

*La medicina scientifica, come ogni scienza, può costituirsi solo come procedimento sperimentale, ossia con l'applicazione immediata e rigorosa del ragionamento ai fatti forniti dall'osservazione e dall'esperimento. Il metodo sperimentale considerato in sé è un ragionamento tramite il quale le idee sono metodicamente*

<sup>1</sup> M. Grmeck, *Prefazione*, in *Claude Bernard. Scienza, Filosofia, Letteratura*, a cura di M. Di Giandomenico, Bertani, Verona 1982, p. 22.



Augusto Murri

*confrontate con l'esperienza dei fatti*<sup>2</sup>.

La triade metodologica è costituita da osservazione, ipotesi, controllo ed è necessaria al medico pratico non meno che al ricercatore. Dal controllo delle ipotesi nascono nuove osservazioni e nuove idee e il processo riprende senza interruzione.

*Un medico, che osserva una malattia in circostanze diverse, che ragiona sull'influenza di queste diverse circostanze e trae conseguenze che poi controlla con altre osservazioni, fa ragionamenti sperimentali benché non faccia esperimenti. Se però vuole andare oltre e conoscere i veri meccanismi della malattia deve fare i conti con fenomeni nascosti e deve fare esperimenti; ma sempre ragiona nella stessa maniera*<sup>3</sup>. [...] *Quando si dice fare esperimenti o fare osservazioni si intende applicarsi alla ricerca: significa ripetere prove e tentativi al fine di ottenere dati sui cui ragionare per trarne una conoscenza o un insegnamento*<sup>4</sup>.

Per via sperimentale Claude Bernard giunge

a una nozione di malattia, già presente in forma qualitativa in autori precedenti, che, dopo di lui, è diventata nel corso del XIX secolo una sorta di dogma della medicina<sup>5</sup>. In realtà, afferma Bernard, *non c'è tra questi due modi di essere [la malattia e la salute] che una differenza di grado: l'eccesso, la sproporzione, lo squilibrio dei fenomeni normali determinano la condizione di malattia*<sup>6</sup>. [...] *È sempre necessario riconoscere la continuità dei fenomeni, la loro sfuggente gradualità, la loro armonia*<sup>7</sup>. In contrasto con la sintesi anatomico clinica di inizio secolo, focalizzata sulla malattia, la concezione dinamica di Claude Bernard consente una definizione positiva di salute; non solo assenza di malattia, ma stato di cui, per cause interne o esterne, si può godere più o meno compiutamente

### In Italia. Un maestro di medici pratici

Augusto Murri, docente di clinica medica dal 1876 al 1916 a Bologna, maestro amatissimo e appassionato, celebre e ricercatissimo in vita, autore di testi più volte ristampati, fu, dopo la morte, dimenticato per diversi decenni. Dagli anni ottanta del secolo scorso le considerazioni metodologiche diffuse nei suoi testi hanno attratto l'attenzione di numerosi studiosi. Sono cambiate le conoscenze, le forme organizzative, le condizioni sociali ma, come lui, viviamo tempi di affascinante e poliedrica complessità.

La riflessione epistemica di Murri, frutto di appassionata attività clinica e didattica, contiene il tentativo, consapevole e ben esplicitato nell'insegnamento, di liberarsi dalle concezioni metodologiche rigide e immobiliste a favore di una prassi riflessiva e critica, cosciente dei limiti e capace di trarre insegnamento dagli errori che, l'esperienza insegna, sono inevitabili.

In accordo con Claude Bernard, Murri sostiene che, anche l'agire del medico pratico deve essere guidato più dall'atteggiamento

2 Cl. Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Baillièrè et fils, Paris 1865, p. 7.

3 Ivi, p. 32.

4 Ivi, p. 21-22.

5 Cfr. M. Grmek, *Les legues de Claude Bernard*, Fayard, Paris 1997, p. 185.

6 Cl. Bernard, *Leçons sur la chaleur animale*, 391.

7 Ivi, pp. 65-66.

critico della ricerca scientifica che da quello riproduttivo della competenza tecnica.

*L'indole delle cose non è diversa, perché tanto l'animale in esperimento, quanto l'ammalato sono organismi reagenti a condizioni innormali: ma là è lo scienziato che pone a suo arbitrio tali condizioni, che perciò gli sono note, qui è la natura che le determina e noi non le possiamo modificare se non in maniera benefica per l'ammalato. [...] Di fatto il loro compito [il compito dei clinici] è più arduo di quelli che spettano ai cultori delle diverse discipline teoriche<sup>8</sup>. Ne consegue che [i clinici] hanno bisogno di un lavoro critico razionale maggiore degli altri cultori delle scienze naturali<sup>9</sup>.*

Le speciali doti intellettuali e lo speciale rigore metodologico non devono fare dimenticare al medico pratico che il suo campo d'azione non è il laboratorio sperimentale dove si ha *facoltà di spezzare, di frantumare l'intero*. È il letto del malato, dove è richiesta una sintesi delle disperse acquisizioni delle diverse fonti. È la complessità del destinatario della cura a imporre diffidenza dalla *seduzione di ragionare alla maniera delle scienze esatte<sup>10</sup>*. Di donne e di uomini che hanno chiesto aiuto si tratta, non di organismi affetti da una patologia.

La razionalità critica con cui il medico *mette a cimento le ripetute osservazioni* qualche volta non basta. Anche *un giudizio basato su tutt'i fatti che è possibile raccogliere può non superare la prova. In materia di fenomeni organici, che è quanto dire grandissimamente complessi, l'inganno si incontra ad ogni piè sospinto; ebbene temete sempre d'inciampare nell'errore se volete andarne felicemente immuni<sup>11</sup>*.

Murri dedica scarsa e sprezzante attenzione agli errori di negligenza o imperizia. Si rivolge a un medico preparato e scrupoloso che, qualche volta, sbaglia. Continuamente

richiama i limiti dell'impresa di cura a causa dell'incertezza delle conoscenze, della complessità dei casi, e dell'insufficienza dei mezzi risolutivi. Il medico è in colpa se ha sbagliato per mancanza della consapevolezza di poter errare o è indulgente verso la presunzione di onnipotenza. Se però riconosce il suo errore, può ridimensionare caso per caso il possibile danno e, soprattutto può imparare dall'errore commesso.

Anche il Maestro sbaglia. Sa di sbagliare e sa che parte dei suoi errori potranno essere un giorno superati perché dipendono dall'imperfezione della conoscenza: *a noi basta sapere che [i nostri errori] di oggi contengono un po' più di vero degli errori di ieri<sup>12</sup>*.

Con posizione decisamente antipositivista Murri ha compreso che le leggi che descrivono i fenomeni sono dovute al provvisorio consenso tra gli studiosi, hanno consistenza fluida e devono essere corrette e migliorate di continuo. [...] è inutile, l'arte del medico non si può rendere facile [perché] *ogni malato porta con sé una quantità di problemi; la cosa più difficile per l'osservatore è quella di scorgerli e porli in discussione<sup>13</sup>*.

È infine necessario ricordare intuizioni del suo metodo che (come emerge da diverse osservazioni sparse coerenti con quella che segue) sembrano anticipare l'impostazione fallibilista che tanta posto avrà nella discussione epistemologica del Novecento. *Un indizio solo, il quale non sia compatibile colla supposta causa, vale più di mille favorevoli: mille indizi che possano interpretarsi anche solo in due modi, non valgono nulla<sup>14</sup>*.

### Epistemologia oggi

La *facoltà di ben ragionare* su cui il professor Murri fondava la sua didattica e la sua terapeutica non era condizionata solo dalle conoscenze su cui la medicina poteva far conto al tempo. Era applicata a un concetto di malattia riferita a una singola causa, a un processo patogenetico ben definito, e a una terapeutica spesso incapace di

8 A. Murri, *Il medico pratico*, Nicola Zanichelli, Bologna, 1923, pp. 50-52.

9 A. Murri, *Lezioni di clinica medica. Edite ed inedite date nella R. Università di Bologna negli anni scolastici 1905-1906 e 1906-1907*, Società Editrice Libreria, Milano 1908, p. 82.

10 Ivi, *Lezioni, passim*.

11 Murri, *Lezioni*, cit., p. 552.

12 Ivi, p. 14.

13 Ivi, p. 362.

14 Ivi, p. 202.

interventi risolutivi. Un secolo dopo la metodologia analitico sperimentale che mette alla prova un'ipotesi causale ha perso efficacia in presenza del prevalere delle malattie cronico degenerative. La nuova patocenosi è più adeguatamente affrontata con metodi statistico epidemiologici intesi a definire l'efficacia di farmaci e trattamenti chirurgici nonché la correlazione tra i dati della semeiotica strumentale e le patologie. *La razionalità critica* consisteva in passato nel mettere alla prova la propria esperienza e applicare alla clinica le conoscenze disponibili. Oggi *razionalità critica* significa principalmente tradurre nel caso in esame osservazioni validate dalle prove di efficacia e nel raccogliere in una sintesi coerente l'insieme dei molti dati disponibili ma a rischio di dispersione.

Gli stessi metodi statistico epidemiologici sono impiegati per la ricerca delle associazioni tra patologie e fattori di rischio. Da alcuni decenni hanno portato l'attenzione sull'influenza di fattori non biologici, come l'ambiente naturale e sociale, il livello culturale, i valori, tanto riguardo alla genesi delle patologie quanto al loro trattamento. L'intervento sanitario nella dinamica salute malattia acquista allora il carattere di impresa sociale e politica, che dall'ambiente sociale e politico è necessariamente condizionata in fatto di risorse, obiettivi e valutazione dei risultati. Simmetricamente il modo in cui la medicina è esercitata è indicativo delle idee fondanti di una società.

L'acquisizione di sempre nuove certezze mette in luce, come ben sapeva Augusto Murri, il carattere incerto della conoscenza scientifica disponibile in un qualsiasi tempo. Le nozioni su cui oggi si fa affidamento sono suscettibili di completamento, di correzione o di rigetto. Stessa sorte toccherà alle nozioni di domani.

Questa capacità di autorigenerazione è il motore della scienza, della sua progressiva intelligenza del reale, ed è garanzia della sua crescente affidabilità pratica.

Non meno incerto, a volte inconsapevolmente ingannatore, è il linguaggio di quotidiano uso. Molti significanti hanno mutato significato nel

tempo o non hanno il medesimo significato per tutti i parlanti della medesima lingua. Tra questi salute e malattia, medico e cura, guarigione, incurabile e inguaribile etc. Non è l'unico motivo di incomprendimento tra curanti e curati. Il motivo principale sembra essere la scarsa attenzione alla corretta informazione. La medicina non è mai stata così efficace nel risolvere i problemi dei malati eppure non riesce a suscitare la piena soddisfazione nei soggetti a cui rivolge i suoi servizi. I motivi di insoddisfazione possono essere numerosi. Trattando di epistemologia tocca rilevare che l'acquisizione e la rapida diffusione di conoscenze e di abilità tecniche non è stata accompagnata da una altrettanto diffusa consapevolezza etica. In particolare, limitando il campo e a titolo di esempio, con fatica viene tradotta nei comportamenti quell'etica della comunicazione e del rispetto del malato connessa con il principio dell'autodeterminazione.

L'obbligo di coinvolgere il malato nelle decisioni che lo riguardano concretizza il diritto all'informazione e il diritto all'autodeterminazione. Consente al malato di esprimere la sua natura di soggetto morale, vale a dire di soggetto che si riconosce e vuole essere riconosciuto come agente responsabile, nella condizione di svantaggio della malattia non meno che nelle altre circostanze della vita. Con l'entrata in scena del malato come soggetto morale dovrebbe prodursi una rottura radicale con i precedenti comportamenti legittimati dal potere del medico di decidere in autonomia sia i provvedimenti da prendere sia le informazioni da trasmettere. Oltre al rispetto dei citati diritti, l'informazione e il consenso implicano l'idea nuova che gli interventi da adottare nella gestione della malattia benché definibili dal punto di vista tecnico siano suscettibili di valutazioni di diversa natura quali solo il malato interessato è in grado di esprimere. Ai fini delle decisioni e quindi della cura quello che il malato ha da far sapere al medico è importante tanto quanto il medico deve far sapere al malato. Una vera rivoluzione epistemologica, ma una rivoluzione mancata.

L'obbligo di produrre un documento che attesta il consenso è stato introdotto, in generale, senza prevedere tempi aggiuntivi alle precedenti organizzazioni del lavoro. Il consenso, in generale, tende pertanto a essere considerato un adempimento burocratico di cui è soprattutto apprezzabile la correttezza procedurale. Il processo informativo collegato tende a ridursi a necessaria appendice, spesso vissuta come inutile intralcio all'attività clinica. L'introduzione statutaria di un obbligo, a cui ha fatto seguito una certa promozione formativa, non è stata sufficiente a modificare gli schemi mentali legati a precedenti impostazioni. Questa vicenda sembra un esempio di come un paradigma non sia implementabile per statuto. Dipende principalmente da volontà e possibilità organizzative. Un'organizzazione del lavoro che comprende tra gli obiettivi il fluire continuo dell'informazione e dei chiarimenti genera e fa crescere un ambiente culturale favorevole alla fiducia reciproca. Il conseguente complesso di norme, atteggiamenti, messaggi tra le righe, inclusione ed esclusione di comportamenti, cose che si fanno e che vanno fatte costituisce il paradigma vigente in una comunità di professionisti. Nasce dalle prassi, ideali e possibili, e alla prassi ordinaria dà forma e continuità. ●

# Stati generali e crisi della medicina: contributo al dibattito

**Giuseppe Belleri**

Medico di Medicina Generale

**“La credenza nel nesso causale è la superstizione”**  
L. Wittgenstein

Affrontare la crisi della medicina, come fanno le 100 tesi per gli stati generali della professione medica, partendo dalla critica epistemologica allo scientismo positivisticò è a mio parere poco utile perchè rischia di portare il dibattito su un terreno astratto e acontestuale, generando atteggiamenti difensivi, come il rifiuto di un dibattito “eterodiretto” da filosofi, in nome di una sorta di autosufficienza dei medici, che vedono nel contributo delle *medical humanities* un'invasione di campo, un'indebita interferenza filosofica.

La diffidenza per una lettura critica della crisi della medicina - o addirittura il rifiuto *tout court* della crisi - sono a tutti gli effetti posizioni filosofiche e ripropongono la dicotomia tra abilità tecnica e sapere umanistico, che ha radici profonde nel nostro sistema educativo. L'idea che "i supposti problemi dei medici li definisca chi la professione del medico non l'ha mai esercitata invece dei medici stessi" - come ha commentato un collega sul Quotidiano Sanità - riafferma implicitamente il primato di una "razionalità tecnica" custodita dai medici, criticata dal cognitivista Schön mezzo secolo fa, in nome di una professionalità riflessiva.

Sul versante opposto il ricorso al gergo epistemologico - ad esempio la pur condivisibile sottolineatura dei limiti dello scientismo e del positivismo - rischia di indurre incomprensioni, oltre ad essere poco adatto per analizzare i determinanti che influenzano la relazione medico-assistito e quella medicina-società, vero focus della crisi e chiave di volta del suo superamento.

Ovviamente discutere 300 pagine di tesi è un compito impossibile anche per chi frequenta la materia mentre configura una situazione

paradossale tra i suoi ipotetici destinatari, messi di fronte ad una sorta di fatto compiuto - in cui l'autore si è posto le domande e di fatto si è dato pure le risposte - e la difficoltà pratica di ridiscutere e rielaborare le mastodontiche argomentazioni, comprensive di risposte precostituite.

Di seguito propongo alcuni spunti per un dibattito orientato alla dimensione culturale e con la forma delle proposizioni utilizzata nelle 100 tesi (in alcuni casi mere ipotesi interpretative).

✓ Più utile è l'analisi della crisi dal punto di vista socio-culturale, attingendo alle categorie interpretative dell'antropologia medica, che propone come chiave di lettura il concetto di **modello esplicativo**: i modelli esplicativi dei medici non sono

più allineati come un tempo con quelli dei pazienti e della società per via di una dissonanza cognitiva di fondo. La discrasia tra modelli risulta più visibile quando sono in gioco differenze culturali dovute a contesti locali estranei alla cultura scientifica occidentale, esplorate ad esempio dalla medicina transculturale.

✓ I modelli esplicativi comprendono convinzioni e credenze circa **la causalità delle malattie e l'attribuzione di senso** alla condizione clinica, elaborati dai pazienti e dai medici, sotto forma di schemi di percezione, analisi, significato e decisione utili per interpretare l'esperienza individuale e rispondere ai problemi di salute/malattia con l'azione terapeutica.

✓ All'origine dei modelli/schemi di significato "profani", così come del sapere medico "istituzionale", troviamo alcuni **presupposti di base impliciti**, cornici interpretative date per scontate, premesse cognitive tacite, radicate nel vissuto personale di malattia e tramandate dal contesto socioculturale di vita.

✓ La discrasia tra i modelli esplicativi "profani" e quelli elaborati dal sapere medico risulta evidente quando ci si confronta con **concezioni culturali "altre"**, come quelle delle popolazioni migranti che approdano in Europa con il proprio bagaglio di presupposti impliciti su salute/malattia, come la visione animistica o magica; viceversa quando si incontrano medico e paziente accomunati dalla stessa cultura la dissonanza tra modelli interpretativi resta tacita e sotto traccia, ma non è meno rilevante.

✓ Molte incomprensioni tra medico e paziente derivano dall'adesione dei pazienti ad una **concezione deterministica** della scienza, che si estende oltre l'ambito clinico per abbracciare le relazioni tra medicina, organizzazione sanitaria e società.



✓ Uno degli elementi che più influenza i modelli esplicativi «profani», differenziandoli da quelli professionali, è l'**interpretazione deterministica della causalità**, che connette l'agente causale al suo specifico effetto in modo necessario e sufficiente, dominante in medicina fino alla metà del secolo scorso, a partire dai successi della teoria dei germi; è stata poi via via relativizzata sotto l'influenza di altri modelli di causalità, ad esempio quelli delle scienze "dure" come la fisica quantistica, che hanno fatto emergere l'incertezza, l'indeterminazione e l'imprevedibilità dei sistemi fisici e biologici.

✓ Il **paradigma deterministico** della causalità (lineare) è estremamente efficace nell'interpretare i fenomeni patologici qui ed ora e garantisce legame costante tra leggi generali e casi singoli; il determinismo consente di allineare l'esperienza soggettiva del paziente con il sapere e la pratiche mediche, grazie allo schema interpretativo «post hoc propter hoc»; la spiegazione degli eventi indotti da cause "efficienti" prossime consente una sintesi virtuosa della componente conoscitiva (la diagnosi) con quella pratica (la terapia) funzionale ad una gestione clinica razionale (prevenzione, rimozione e contrasto alla causa patogena e la riparazione dei suoi effetti).

✓ Alla causalità lineare deterministica, ancora valida in molti ambiti specie in acuto, si sono affiancate la **causalità probabilistica**, con il concetto ormai pervasivo di **rischio**, e la **visione sistemica** con le inter-retroazioni non lineari, complesse ed emergenti tra organismo e ambiente.

✓ Il **concetto di rischio** permea la società da decenni, sia a livello di decisioni collettive sia di scelte individuali. L'evento clinico acuto individuale è intrinsecamente imprevedibile e solo la dimensione statistica della coorte consente una

valutazione del rischio, che resta però ad un livello incommensurabile rispetto a quello individuale. Il rischio in sanità è fonte di equivoci tra medico e paziente a livello percettivo, valutativo e decisionale, per la discrasia, da un lato, tra la dimensione individuale e quella di popolazione e, dall'altro, tra quantificazione statistica attuale e imprevedibilità degli eventi futuri.

✓ A differenza della concezione deterministica, centrata sulle cause prossime qui ed ora e sulla ricostruzione retrospettiva degli eventi, la **"causalità" probabilistica** è proiettata in un futuro indefinito, che retroagisce sul presente tramite la valutazione del rischio individuale; quest'ultima orienta la "prevenzione", mediata dalla riduzione del rischio sul lungo periodo (ad esempio la cura del rischio cardio-cerebro-vascolare con la "terapia" dei fattori biologici modificabili).

✓ La differenza tra **malattia acuta e malattia cronica** è il nodo problematico e di contrasto culturale tra modelli esplicativi, nel segno della dissonanza tra visione deterministica e concezione probabilistico/complessa della patologia, per sua natura indeterministica ovvero gravata di incertezza sugli esiti.

✓ Nel suo **trasferimento alla pratica** il fattore di rischio è scivolato via via da parametro epidemiologico, orientato alla prevenzione di popolazione, a fattore che viene incorporato nei processi clinico-decisionali ad personam, diagnostici, prognostici e terapeutici, fino a catalizzarne la fusione.

✓ Nella gestione delle malattie cronico-degenerative la **valutazione del rischio** - da quello cardio-cerebro-vascolare a quello fratturativo - ha condensato diagnosi e prognosi in un'entità circolare, tra futuro e presente, tra probabilità attuale e prevenzione: il calcolo della probabilità di un evento sul lungo periodo retroagisce sul presente e sulla decisione di instaurare o meno una

terapia per controllare il fattore di rischio stesso, con un'intensità terapeutica proporzionale all'entità del rischio stesso.

✓ La **valutazione del rischio** come cardine delle scelte terapeutiche mette in crisi il **modello classico della diagnosi**, fondata sulla presenza di criteri soggettivi ed oggettivi, necessari e sufficienti per individuare la malattia. Di fatto buona parte delle decisioni mediche vengono prese per "curare" rischi, per ridurre le probabilità di eventi in modo astratto e irrelato rispetto alla soggettività del paziente.

✓ La quantificazione del rischio e soprattutto il **potenziale beneficio** del controllo farmacologico/comportamentale dei fattori di rischio sfuggono alla percezione e alla valutazione da parte del singolo medico nel singolo paziente, perchè frutto di osservazioni su coorti tanto più valide quanto più numerose, per non parlare delle revisioni sistematiche e delle metanalisi EBM.

✓ Se la valutazione/percezione dell'efficacia della cura di un rischio nella riduzione degli eventi è preclusa al singolo medico nel singolo caso, perchè collocata a livello di popolazione, altrettanto ardua è la **percezione degli effetti avversi** di un farmaco, come dimostrano numerosi ritiri dal commercio di molecole dopo il loro utilizzo su vasta scala.

✓ Le **"cure" dei fattori di rischio**, tanto pervasivi quanto impercettibili, hanno spezzato il legame tra soggettività e oggettività del dato biologico, tra percezione corporea mediata dal linguaggio e codificazione patologica, generando insicurezza di fondo e una diffidenza culturale verso un apparente stato di benessere, che può essere confermato dalla frequente richiesta di "fare tutti gli esami" a scopo rassicurativo.

✓ La **"cura" dei fattori di rischio** alimenta la medicalizzazione della vita, induce bisogni inappropriati, patofobia fino al Disturbo da ansia di malattia del DSM5 e genera aspettative di efficacia - la medicina impossibile di Daniel Callahan - tanto più irrealistiche quanto più viene intesa in chiave deterministica, cioè come cura della "causa" della malattia.

✓ La **condizione di rischio** diventa esperienza pervasiva ed inesorabile e, in quanto non correlata ad un sintomo specifico o ad una vaga percezione corporea, si trasforma in modalità naturale del vissuto quotidiano, in uno sfondo di incertezza e insicurezza quasi esistenziale.

✓ Tuttavia la **circolarità diagnosi-prognosi**, in quanto non deterministica, sconta due limiti invalicabili di incertezza sugli esiti: la prognosi resta temporalmente indeterminata nel singolo portatore di rischio - a differenza della prognosi classica in caso di evento acuto - mentre permane la non trasferibilità al singolo della valutazione probabilistica relativa alla coorte di pazienti soggetti al medesimo rischio (in pratica è escluso che si possa prevedere se e quando avverrà l'evento tra il portatore di rischio e soprattutto chi tra costoro potrà godere del beneficio quantificato dal NNT).

✓ Il superamento della concezione classica di diagnosi, prognosi e cura, nel senso della loro «fusione» ad opera del **paradigma probabilistico**, è penetrato a fondo nella pratica clinica sia a livello epistemico che decisionale, per certi versi in modo subliminale ma con profonde ricadute "trasformative" per la medicina.

✓ La **discrasia culturale tra modelli esplicativi** è alla base del disallineamento tra esperienza soggettiva e pratiche professionali, che si esprime con la non *compliance* alle prescrizioni croniche, con le difficoltà/

equivoci comunicativi tra medico e assistito, come il conflitto no-vax pro-vax, con l'adesione alle medicine alternative come l'omeopatia, fondate su un determinismo istruttivo.

✓ La **cornice interpretativa deterministica** condiziona le aspettative di efficacia dell'intervento medico, che influenzano a loro volta la valutazione soggettiva e la soddisfazione del "cliente". Basti pensare all'uso inappropriato di farmaci sintomatici, degli antibiotici o gli antipiretici nelle virosi delle vie respiratorie, dei FANS nelle artropatie degenerative etc.

✓ Le radici del potenziale **disaccordo circa il modello esplicativo** restano però sullo sfondo della relazione, perché come abbiamo visto i modelli culturali restano impliciti, poggiano su presupposti cognitivi e schemi interpretativi tra loro incompatibili ma taciti, come il determinismo causa-effetto versus le reti causali probabilistiche.

✓ Tipica è, ad esempio, la "caccia al colpevole" che si è scatenata a livello sociale verso presunti **errori medici**, ritenuti la "causa" prima dell'insuccesso clinico, da perseguire con la denuncia e da punire da parte del giudice, che deve stabilire il "nesso causale" tra il comportamento medico e l'evento "avverso".

✓ Se le **radici dell'incomprensione e degli equivoci** tra medici e pazienti sono culturali e antropologiche, bisogna intervenire a livello educativo con quello che viene definito apprendimento trasformativo, rivolto agli adulti, per favorire la transizione da un modello esplicativo all'altro, affrontando in primis la cornice interpretativa, i presupposti dati per scontati del determinismo, così radicato ma inadeguato rispetto all'evoluzione del paradigma scientifico e delle pratiche. ●

### **Bibliografia**

AAVV (a cura di I. Quaranta), **Antropologia medica. I testi fondamentali**, Raffaello Cortina, Milano 2010.

AAVV (a cura di A. Pagnini) **Filosofia della medicina**, Carocci, Roma 2010.

AAVV /a cura di Federspil, Giaretta, Moriggi), **Filosofia della medicina**, Raffaello Cortina, Milano 2008.

AAVV, **Manuale di medical Humanities**, Zadig Editore, Roma 2006.

Bobbio M., **Troppa medicina**, Einaudi, Torino 2017.

Callahan D., **La medicina impossibile**, Baldini & Castoldi 2000.

Dessi P., **Le metamorfosi del determinismo**, F. Angeli, Milano 1997.

Mazzetti M., **Il dialogo transculturale**, Carocci, Roma 2018.

Merizow J., **Teoria dell'apprendimento trasformativo**, Raffaello Cortina, Milano 2013.

Morini S., **Probabilismo, Storia e teoria**, Bruno Mondadori, Milano 2003.

Pennacchini M., **Idee per il rinnovamento della medicina**, SEU, Roma 2012.

Piazza G., **Antropologia medica**, Carocci, Roma 2005.

Quaranta I., Ricca M., **Malati Fuori luogo**, Raffaello Cortina, Milano 2012.

Schoen D., **Il professionista riflessivo**, Dedalo, Bari 1993.

Schön D., **Educare il professionista riflessivo**, F. Angeli, Milano 2006.

Sofsky W., **Rischio e sicurezza**, Einaudi, Torino 2005.

Thagard P., **La spiegazione scientifica della malattia**, Mc Graw-Hill, Bologna 2001.

Vineis P., **Nel crepuscolo delle probabilità**, Einaudi, Torino 1999.

Vineis P., **Modelli di rischio**, Einaudi, Torino 1994.

# Formazione del medico, fabbisogno di professionisti

**Alessandro Padovani**

Università degli Studi di Brescia

## Introduzione

Non c'è dubbio che il mondo della Medicina stia affrontando una profonda trasformazione e che, soprattutto in questi anni, il ritmo di questa sia in forte accelerazione. I progressi sociologici e tecnologici hanno avuto a partire dagli anni 90 un enorme impatto in diversi aspetti della nostra vita, soprattutto nell'ambito del sistema sanitario. Non sorprende che tali cambiamenti stiano profondamente trasformando sia la Scienza Medica sia il ruolo del Medico e il suo tradizionale rapporto con pazienti e pubblico. Da una Medicina pionieristica fatta più che altro di Emergenza spesso monotematica e "disease-centered", si è passati rapidamente nel giro di pochi anni ad una Medicina della Multi-morbilità, della Complessità e della Cronicità, anche in virtù di una profonda transizione dalle malattie trasmissibili a quelle non trasmissibili e della accresciuta aspettativa di vita. Da una medicina basata sull'esperienza, si è fatta strada una medicina basata sull'evidenza e una medicina che ha fatto delle 4P (*precisione, personalizzata, partecipativa, preventiva*) il proprio orizzonte, ponendo inaspettatamente il medico di fronte ad una evoluzione turbolenta dei saperi e una esplosione terrificante di informazioni e conoscenze.

Basti pensare al fenomenale caleidoscopio delle "omiche" (*genomica, epigenomica, metabolomica, proteomica, lipidomica, exposomica, microbiomica*) diventate in breve tempo i pilastri della "Network-Medicine". Di fronte a questa impreveduta esplosione, il ruolo del medico ha perso la sua grammatica tradizionale che per tanto tempo aveva consentito di leggere le principali malattie e di relazionarsi con il paziente ed è andato in crisi, come risulta da indagini effettuate soprattutto nei paesi occidentali dalle quali emerge che è alto il livello di stress così come diffusa appare l'insoddisfazione e la difficoltà nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

## Il Medico tra passato e futuro

Credo che sia noto al vasto pubblico il senso di disillusione e di fatica che i medici lamentano a conferma del quale si iscrive l'elevato tasso di abbandono della professione e di pensionamenti anticipati, nonché il numero ridotto di medici interessati ad attività formativa post-laurea e il crescente numero di medici che cercano fuori dall'Italia il proprio futuro (*secondo alcuni dati più di 1000 medici all'anno*), piaga che si aggiunge alla progressiva carenza di medici su tutto il territorio nazionale. Secondo il *Career Destination Report* del

2016, il rapido cambiamento sembra aver espresso i suoi maggiori influssi negativi sul senso di vocazione e sui valori professionali, in buona parte a causa di una progressiva discrepanza tra il bisogno di mantenere elevati standard professionali e l'incapacità di esprimerli nell'ambiente di lavoro, divenuto eccessivamente burocratizzato. I fattori alla base della crisi del ruolo e del risentimento dei medici sono molteplici. Tra questi, quelli più rilevanti, secondo diverse fonti, includono il sottile diaframma sorto tra medico e paziente, la inevitabile democratizzazione dell'informazione e della conoscenza favorita da internet e dai social, le illimitate aspettative di cura espressa dai pazienti, così come la violenta aziendalizzazione della sanità che nel perseguire l'equilibrio di bilancio ha sacrificato valori e priorità del personale medico, non più partecipe delle strategie e degli investimenti ma oggetto "disposable". A questi, aggiungo a mio personale giudizio, il crescente carico di responsabilità, la totale assenza di premialità e incentivazione, la mancata partecipazione alla programmazione e alla definizione degli obiettivi, la progressiva marginalizzazione del medico dalla definizione degli obiettivi di cura, il diminuito potere d'acquisto, l'imperante retorica delle linee guida e dei percorsi assistenziali (*spesso banali esercizi di "cut and paste" inapplicabili quando non decodificabili*).

In altre parole, si è in poco tempo estinta la figura del medico con borsa, stetoscopio e sfigmomanometro, attento ai segni e abile nel comporre i sintomi in sindromi e queste in possibili malattie e da qui alla causa, come siamo stati abituati a immaginare fino a poco tempo fa. Infatti, già oggi, tutti i medici sono sempre in movimento, indaffarati, mai fermi, tutti connessi, assorbiti nella lettura di *tablet* e *smartphone*, distratti da sms, social, da mail che si susseguono senza fine, oppure a scrivere su una tastiera e a guardare lo schermo, anziché il paziente di fronte a loro, oppure a cercare affannosamente e spesso inutilmente su internet facili scorciatoie per quadri clinici sempre meno identificabili o sempre più frammentati da un sapere medico non più in grado di fare sintesi ma nemmeno di prendersi cura. Anche le modalità di

lavoro velocemente stanno cambiando in tutti i contesti di lavoro. Sempre più il medico lavora in reti complesse fatte di gestori ed erogatori e non svolge la propria attività in autonomia ma invece deve relazionarsi con altri medici, altri specialisti, psicologi, infermieri, assistenti sanitari, farmacisti, tecnici, altri professionisti. Così il paziente, oggi più che mai al centro di ogni decisione ma anche più che mai affetto da tante condizioni morbose complesse, pretende un'assistenza multidisciplinare capace di una semantica comune piuttosto che un'assistenza granulare fatta di consulti seriali, spesso distonici e incoerenti. In alcuni ospedali e in alcuni poliambulatori è già realtà possibile richiedere prestazioni e appuntamenti online così come la tecnologia digitale ha permesso la possibilità di effettuare *check-ups* e *follow-ups* online. Non meno rilevante è la questione del cambiamento del mercato del lavoro il quale chiede di aggiungere alla tradizionale professionalità clinica, nuovi e diversi attributi tra i quali competenze e conoscenze legali e finanziarie, capacità manageriali, abilità di analisi dei dati, ampie abilità relazionali interpersonali, oltre che capacità di leadership e di capacità di lavoro di gruppo. Gli stessi ospedali da centri per l'emergenza, si stanno trasformando in agenzia di servizi socio-sanitari territoriali estendendo il ruolo dell'infermiere generale e degli assistenti sanitari nella cura del malato mentre l'assistenza già sta migrando dai tradizionali studi medici e dall'ospedale verso luoghi nuovi quali il domicilio, il dettaglio, i centri commerciali, la realtà virtuale e la telemedicina. Secondo il *Deloitte Center for Health Solutions* (2018) sono in sviluppo nuovi modelli di gestione della cura per abbattere i costi sanitari attraverso interventi e servizi domiciliari che ne consentano il trattamento fuori dall'ospedale.

### La formazione nelle Scuole di Medicina: criticità e sfide

In questo contesto, si comprende la preoccupazione espressa in molti paesi europei relativamente alla formazione nei Corsi di Medicina i quali sono stati sottoposti nel tempo solo a modifiche piuttosto superficiali, mentre **ci sarebbe la**

**necessità di una convinta e determinata riscrittura dell'architettura didattica e una profonda riorganizzazione delle attività formative, a partire dal primo anno di studi.**

Non credo di offendere nessuno se giudico l'attuale curriculum medico non del tutto adeguato per rispondere all'innovazione e avanzamento delle scienze mediche, alle mutate condizioni del sistema sanitario e della pratica medica, delle aspettative dei pazienti e del pubblico. Lascio perdere il fatto che in molti casi il curriculum, diverso da sede a sede, poco ha a che fare con la creazione di un percorso formativo realmente efficace per un reale raggiungimento delle competenze necessarie allo svolgimento della professione di medico (Friedman et al. 2016). Di fatto, l'educazione medica, tuttora frammentata in una pletorica offerta di micromoduli didattici (*parlo qui di corsi di poche ore affidati a singoli docenti*), datata nei metodi e nei mezzi didattici e statica in core-curricula ormai sorpassati (Hess, 2010), mantiene inalterata in quasi tutti i Corsi di Medicina la struttura di base di almeno 40 anni fa ovvero un triennio di base nel cui contesto predominano i tradizionali insegnamenti teorici di istologia, biologia, anatomia, fisiologia, patologia, seguiti da un triennio clinico-chirurgico, totalmente confinato all'interno di singole aziende ospedaliere le quali durante le mattine straripano di camici e di tute dai colori più vari indossati da medici in formazione, studenti di medicina, studenti delle professioni sanitarie, dottorandi, assegnisti che si inseguono rumorosi e spesso sguaiati in un incessante e vorticoso girare a vuoto senza meta come in un centro commerciale in un giorno di saldi. Rarissimi i casi in cui gli studenti effettuano un tirocinio presso la medicina generale, oppure nelle strutture sanitarie territoriali oppure ancora nei servizi sanitari. Pure i tirocini, effettuati per lo più dopo il terzo anno nelle diverse strutture cliniche, appaiono, salvo pochissimi casi, in larga parte esercizi occupazionali, spesso condotti da tutor impreparati e perlopiù impegnati nelle ordinarie attività assistenziali. Rarissimi i tirocini in strutture ospedaliere del territorio dove peraltro andrà a svolgere la propria attività una larga parte dei medici. Manca in moltissimi casi un reale

insegnamento che riguardi la rete del sistema delle cure e che integri tecnologia e pratica clinica così come manca del tutto l'attenzione all'acquisizione di abilità gestionali e comunicazionali tali da permettere una connessione efficace con i pazienti e i membri del team. **Manca del tutto un orientamento ed una personalizzazione dei percorsi formativi che tenga conto delle aspirazioni e delle inclinazioni degli studenti e che dia loro strumenti di formazione alternativa e complementare** (generalista, specialistica, scientifica, umanistica). Nell'attuale curriculum, ancora viene richiesto che gli studenti seguano un percorso standard (*tutti lo stesso curriculum ma lo stesso curriculum diverso sede per sede!*) e studino ciascuna materia assumendo che questa permetterà loro di seguire e curare i pazienti e di aiutarli nella pratica clinica. In verità è noto che questo non è proprio vero.

Ad esempio, la stragrande maggioranza degli studenti al V anno nemmeno ricorda come è fatto il sistema nervoso né come funziona un neurone, studiati pochi anni prima, ma nemmeno serba ricordo se non vago dei principali agenti virali causativi di una polmonite, appresi certamente e studiati più volte in diversi insegnamenti. È dimostrato che è davvero poco efficace apprendere un certo argomento in assenza di una reale comprensione del processo di apprendimento e dei passaggi che portano gli studenti alla destinazione finale (Frank et al, 2017).

In verità, la maggior parte dei corsi di medicina appaiono percorsi magici, immersi in una nebbia densa e palpabile, priva di luci e segnali, che portano gli studenti alla meta della laurea senza una chiave che consenta loro di comprendere appieno il passaggio da una materia all'altra.

Non è mia intenzione essere critico ma inviterei il lettore a visionare il piano didattico di alcuni corsi di laurea e a farsi un'idea personale di quanta fantasia e originalità sia presente! Secondo la mia esperienza come docente e sulla base di quanto appreso dalle discussioni avvenute in Conferenza Nazionale e, soprattutto, da quanto pubblicato nel mondo sull'argomento, mi sono fatto l'idea che ancora oggi non vi è nel corpo docente una convinta attitudine al confronto,

al cambiamento e alla sperimentazione dell'offerta formativa, mentre si nota ancora una eccessiva enfasi sull'apprendimento e memorizzazione di tutto quello che si presume in modo spesso auto-referenziale gli studenti "devono" sapere come medici. Questo comporta un sovraccarico nozionistico e cognitivo insostenibile se è vero che ci sono più di 60000 possibili diagnosi (di cui almeno 5000 in neurologia!) e più di 6000 possibili interventi. Ma se anche questo non basta, pensiamo per un attimo al ritmo vertiginoso con cui si accumulano le conoscenze mediche, al punto che, secondo il *National Institute of Health*, queste ormai raddoppierebbero ogni 12 mesi.

**Quali le soluzioni possibili?  
Quali le azioni per costruire un medico pronto per entrare nel futuro mondo del lavoro?**

Non è certo facile rispondere a queste domande ma vi sono diverse soluzioni possibili (vedi *Ronald and Harden, 2018*). A mio giudizio sarebbe necessario ripensare alla struttura formativa (**vedi tabella**) con una vision diversa mirando a elaborare e applicare un curriculum meno teorico e più "new and real world" che incoraggi,

attraverso un approccio basato sui risultati o sulle competenze, l'acquisizione di quelle conoscenze, abilità e capacità necessarie per soddisfare i bisogni attuali espressi dalla popolazione da definirsi con il concorso di tutti gli attori coinvolti nella Sanità. Il singolo corso e i singoli insegnamenti dovrebbero esprimere e specificare le modalità attraverso le quali contribuiscono ai risultati generali e finali dell'iter formativo (*Harden, 2018*). La progressione degli studenti dovrebbe non essere determinata dal superamento del singolo esame ma piuttosto essere pianificata per consentire loro di sviluppare la propria identità professionale e di assumere una crescente responsabilità clinica per la cura dei pazienti (*Schuwirth and van der Vleuten, 2011*). Portare al centro del processo formativo lo studente prevede che vi sia un ambiente idoneo e dedicato in grado di supportare attivamente lo sviluppo delle competenze dello studente. Un ambiente, in altre parole, dedicato e dotato di strumenti efficaci quali un centro di simulazione, un'equipe di medici tutor motivati, aree di *debriefing*, spazi comuni, sala video e computer, dove sia possibile organizzare incontri e seminari, dove

Il passato e il presente	Il futuro
La torre d'avorio	Il mondo reale
Apprendimento <i>just-in-case</i>	Apprendimento <i>just-in-time</i>
Divisione della scienza di base / medicina clinica	Scienze di base e integrazione della medicina clinica
Insegnamento e insegnanti sottovalutati	Importanza dell'insegnamento e riconoscimento premiale dei docenti
Studente come cliente	Studente come partner
Programma uniforme standard	Curriculum flessibile con apprendimento personalizzato
Mancato sfruttamento della tecnologia	Uso creativo della tecnologia
Valutazione compartimentata di apprendimento	Valutazione focalizzata sul processo di apprendimento
Lavorare in isolamento	Team-working

Le scuole mediche tra presente e futuro

sia possibile accogliere pazienti per una discussione plenaria o per apprendere i “famosi” *skills*. Certo, anche i docenti hanno le loro responsabilità e dovrebbero reinventarsi.

Non è facile, ma è fondamentale un cambio di paradigma da dotto fornitore di informazioni a *coach* di supporto allo studente nella ricerca di informazioni. Tralascio la questione della incresciosa sottovalutazione della didattica rispetto alla sopravvalutazione della ricerca, ma è certo che la docenza deve essere valorizzata e premiata perché possa migliorare. Come notato da *Stenhouse (1975) “Sono gli insegnanti che alla fine cambieranno il mondo della scuola comprendendolo”*. La comunità medica a sua volta dovrebbe incoraggiare una ampia discussione al fine di elaborare un *core curriculum* definito da diversi livelli di granularità, associati alle singole opportunità di apprendimento, moduli o unità all’interno di un corso o dell’intero corso. L’esperienza nel centro di simulazione, la preparazione per una sessione di classe capovolta o la possibilità di riascoltare una lezione registrata sono mattoni fondamentali per un apprendimento efficace. Gli studenti dovrebbero essere messi in grado, grazie alla tecnologia e alla digitalizzazione, di completare e seguire i moduli del corso in tempi diversi e utilizzare il tempo disponibile, quando un modulo viene completato in anticipo, per intraprendere ulteriori lezioni elettive e ottenere attestati o certificati che riconoscano i loro ulteriori risultati nelle aree studiate.

La tecnologia è sempre più utilizzata nell’istruzione nelle professioni sanitarie.

**La tendenza, tuttavia, è stata quella di usarla per fare in modo più efficace ed efficiente ciò che già si sta facendo. In realtà, sarebbe necessario pianificare in modo più creativo l’uso della tecnologia per supportare il miglioramento del processo educativo altrimenti il cambiamento è solo cosmesi.** *Prensky (2013)* ha affermato “è importante capire che la tecnologia non è solo un nuovo modo di fare cose vecchie, che è soprattutto il modo in cui la usiamo oggi nelle scuole. L’uso creativo e

significativo della tecnologia dovrà diventare indubbiamente fondamentale per garantire un apprendimento flessibile.

C’è un altro aspetto di cui molti non tengono conto quando si parla di didattica, ovvero la personalizzazione. Sappiamo bene che ogni paziente deve essere trattato come un individuo che richiede un proprio piano di cura. Alcuni pazienti con Neoplasia, ad esempio, possono richiedere una determinata terapia farmacologica, altri un trattamento radioattivo o una chirurgia a seconda delle loro condizioni personali. La medicina personalizzata è sempre più una caratteristica della pratica medica (*Jason, 2018*). Ogni studente è anche diverso, ma l’educazione personalizzata ha fino a poco tempo attirato poca attenzione. Credo che sia necessario tener conto di questo e essere in grado di rispondere alle esigenze individuali degli studenti. Alcuni arrivano, in virtù di un test di ingresso decisamente poco meritocratico, con un grande bagaglio di competenze mentre altri mostrano evidenti debiti formativi e carenze. Questo pone una questione di qualità di offerta formativa che presuppone diversi programmi e modalità di erogazione della materia mediante programmi di apprendimento indipendente in modo da fornire maggiori opzioni per individualizzare l’esperienza di apprendimento (*Frenk et al., 2017*). Infine, come in molte delle nostre attività cliniche, anche la collaborazione dovrà essere maggiormente incoraggiata a vari livelli: collaborazione interna alla consegna del programma di studio, collaborazione con altre istituzioni, e collaborazione attraverso le diverse fasi di istruzione da quella dello studente universitario a quella della continua formazione medica post-laurea. Nella scuola di medicina, collaborazione significa alleanza tra gli insegnanti nelle diverse fasi del curriculum al fine di una reale integrazione orizzontale e verticale, oggi in molti casi rimasta solo una lettera di intenti. Oltre a questo, credo che occorra favorire anche una collaborazione stretta con tutte le parti interessate, comprese altre professioni, ingegneri, giuslavoristi, economisti, sociologi,



pedagogisti, tecnologi così come i pazienti e le loro associazioni (Wilkinson 2018). Ancora oggi, l'apprendimento è spesso un esercizio solitario. Gli studenti ascoltano una lezione e creano le proprie note (*quando non comprano nel mercato nero le sbobinate non autorizzate di professionisti della riproduzione*) e studiano da soli. In buona parte la collaborazione appare limitata a qualche esercitazione di laboratorio, ai tirocini e alle limitate attività opzionali. *Tuttavia, è assodato che livelli elevati di collaborazione, una forte comunità attraverso il networking e l'insegnamento peer-to-peer hanno un impatto importante anche al fine di promuovere il lavoro di gruppo e le capacità interpersonali.* La collaborazione dovrebbe estendersi ad altre istituzioni a livello nazionale e internazionale in modo che i diversi Corsi attivino processi di disaggregazione e di esternalizzazione dei programmi formativi (Gupta et al., 2005) condividendo con altre scuole a livello nazionale e internazionale programmi di studio, insegnanti, competenze, risorse e opportunità di apprendimento per materie o insegnamenti innovativi. Secondo Craig (2015) il processo di disaggregazione e di esternalizzazione è una condizione strategica per garantire una educazione efficace e un miglioramento della qualità in quanto permette di concentrarsi sulle attività principali, usufruendo delle eccellenze presenti, e di

recuperare esperti per quelle competenze più innovative.

**In conclusione, il mondo della Sanità ha certamente bisogno di nuovi medici e di trovare nuove modalità di reclutamento. Tutto questo tuttavia non basta e non risponde alle richieste che l'evoluzione del sistema dell'organizzazione sanitaria già oggi pone.** Abbiamo bisogno di trovare nuove forme di formazione e nuovi paradigmi di insegnamento per preparare meglio e per dotare di competenze nuove coloro che vogliono essere medici. Non è solo un problema di materie o di insegnamenti ormai divenuti indispensabili per la nostra professione medica, ma di strumenti che permettano di leggere la realtà clinica e di trovare le soluzioni efficaci per una realtà complessa e in forte evoluzione. È del tutto chiaro che questo traguardo è possibile se cambia l'attuale architettura didattica, se a questa impresa partecipano attivamente, ognuno per le sue competenze, tutti gli attori coinvolti nel sistema sanitario (*portando all'interno del processo formativo anche il paziente*) e, soprattutto, se le Università si aprono non solo al territorio, ma anche all'esterno importando conoscenze da quei Paesi che oggi fanno da traino in termini di innovazione didattica e progresso tecnologico. ●

### Bibliografia

Craig R. 2015. College disrupted: the great unbundling of higher education. New York (NY): St Martin's Press.

Frank JR, Snell L, Englander R, Holmboe ES. 2017. Implementing competency-based medical education: Moving forward. Med Teach. 39:568-573.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 376:1923-1958.

Friedman CP, Donaldson KM,

Vantsevich AV. 2016. Educating medical students in the era of ubiquitous information. Med Teach. 38:504-509.

Harden RM. 2018. Excellence in medical education - Can it be assessed? TAPS. 3:1-5.

Hess FM. 2010. Same thing over and over: How school reformers get stuck in yesterday's ideas. Cambridge (MA): Harvard University Press.

Jason H, Westberg J. 2018. Preparing educators for adaptive education programmes. Med Teach. 40(8).

Gupta A, Herath K, Mikouiza NC. 2005. Outsourcing in higher education: an empirical examination. IJEM. 19:396-412.

Prensky M. 2013. Our brains extended. Educ Leadership. 70:22-27.

Ronald M. Harden (2018) Ten key features of the future medical school—not an impossible dream, Medical Teacher, 40:10, 1010-1015.

Schuwirth LWT, van der Vleuten CPM. 2011. Programmatic assessment: From assessment of learning to assessment for learning. Med Teach. 33:478-485.

Stenhouse L. 1975. An introduction to curriculum research and development. Newcastle: Heinemann Educational Books.

Wilkinson E. 2018. The patients who decide what makes a good doctor. BMJ. 361:1-3.

# Specialisti: emergenza!

**Prof. Enrico Sartori**

*Professore Ordinario Ginecologia e Ostetricia Università degli Studi di Brescia  
Direttore Dipartimento Ostetrico Ginecologico Neonatologico ASST Spedali Civili di Brescia  
Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Brescia.*

Brescia, 30 Aprile 2019

Ancora assodato è il cliché che la carriera medica assicuri un futuro ed una vita agiata, sia in termini di qualità e sicurezza lavorativa che di agio remunerativo e di costante crescita intellettuale. Tuttavia, mai come nel periodo storico che stiamo attraversando, la figura professionale del medico in Italia sta vivendo una fase di crisi. Da un lato la predizione di carenza di medici, prospettata ormai decenni fa in base alle stime dei sanitari che avrebbero raggiunto l'età pensionabile, si sta palesando come una problematica sempre più concreta. Dall'altro, a causa della penuria di bandi per accedere ai percorsi di specializzazione, l'esubero di giovani medici neo-laureati che faticano ad inserirsi nei ranghi del Sistema Sanitario Nazionale e poter così ricevere il passaggio di testimone dai colleghi giunti al termine della carriera.

**Siamo di fronte, dunque, ad un "imbuto formativo": una vasta schiera di medici neo-laureati ed abilitati, l'esercito dei cosiddetti "camici grigi", che vede uno sbarramento del percorso formativo a discapito poi della qualità dell'assistenza fornita dal SSN per carenza di professionisti sanitari specializzati.**

Un danno su più fronti che rende il dibattito riguardante la formazione medica e specialistica una questione sempre più complessa e di estrema attualità.

**"Secondo le proiezioni dell'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle regioni italiane sarà rimpiazzato solo il 75% dei 56 mila medici che il SSN perderà nei prossimi anni. Per tamponare la falla occorrono circa 13 mila immatricolazioni e 11 mila posti di specializzazione. Lazio, Molise e Lombardia le regioni attualmente con il minor numero di medici"**

Dopo l'acquisizione dell'abilitazione professionale un medico ha di fronte tre possibilità. Può scegliere di frequentare una Scuola di Specializzazione iscrivendosi al bando di concorso che il MIUR emette annualmente. L'ultimo bando (Decreto n. 1208 del 17 maggio 2018) prevede che la prova d'esame si svolga in modalità informatica, identica a livello nazionale, strutturata in 140 quesiti a risposta multipla. Secondo l'ordine decrescente del punteggio conseguito viene stilata una graduatoria nazionale. L'assegnazione dei candidati alle Scuole di Specialità avviene sulla base del raggruppamento degli stessi in ordine di graduatoria in "scaglioni di scelta ed assegnazione". Un'alternativa formativa è quella del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della durata di 3 anni, il cui bando di concorso viene emesso

annualmente dalle Regioni.

In opzione, i giovani medici abilitati possono trovare occupazione come medici sostituti, medici di continuità assistenziale o medici in cliniche private, eventi o fiere oppure decidere di seguire un Master universitario di I livello.

Tra le possibilità formative del medico chirurgo, sicuramente la più strutturata e richiesta è quella della formazione specialistica.

Con il DL 68, del 04 febbraio il 2015, sono sopravvenute significative modifiche. Ad oggi le Scuole di Specializzazione di area sanitaria si suddividono in tre aree: medica, chirurgica e dei servizi clinici. In base all'area e al tipo di specializzazione, è stata ridotta la durata a tre, quattro o cinque anni. Le attività formative sono suddivise in: attività di base, attività caratterizzanti, attività affini, integrative e interdisciplinari ed altre attività finalizzate all'acquisizione di abilità linguistiche, informatiche e relazionali. Del totale, almeno il 70% delle attività è riservato allo svolgimento di attività professionalizzanti (pratiche e di tirocinio). Allo specializzando verrà conferita una progressiva responsabilità professionale, certificata dai docenti-tutor, ma in nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo.

A norma di legge (art. 5 DL 68) al termine del corso di specializzazione lo studente consegue il diploma di specializzazione, che deve essere obbligatoriamente corredato dal supplemento al diploma ai sensi dell'art. 11, comma 8, del DU n. 270/2004, che documenta l'intero percorso formativo svolto dallo specializzando nonché le competenze professionali acquisite.

Le Scuole di Specializzazione hanno sede presso le Università. La valutazione dei requisiti per ogni tipologia di scuola per l'accREDITAMENTO delle strutture clinico-assistenziali è delegata all'Osservatorio Nazionale.

Questo organismo utilizza una serie di indicatori finalizzati a rilevare le performance di attività formativa ed assistenziale delle singole Scuole di Specializzazione (DL 402, del 13 giugno 2017, art. 4). Tali indicatori

sono individuati e aggiornati periodicamente, e l'Osservatorio si potrà avvalere di strumenti di valutazione diretta (visite in loco, progress test), indiretta (questionari anonimi ai medici in formazione) e attività di monitoraggio mediata dagli Osservatori Regionali con cadenza almeno annuale.

L'Osservatorio Nazionale, inoltre, individua per ogni Scuola di Specializzazione un numero appropriato di strutture che compongono la Rete Formativa. Ciò avviene tramite la valutazione del possesso dei requisiti strutturali, di qualità e di casistica delle strutture sanitarie.

Qualora il neo-specialista desideri acquisire un ulteriore grado di istruzione previsto nell'ordinamento accademico italiano può accedere ad un Dottorato di Ricerca istituito nel 1980 (Legge 21 febbraio 1980, n.28 e D.P.R. 11 luglio 1980, n.382). I corsi di dottorato fanno parte del 3° ciclo della Formazione Superiore e hanno l'obiettivo di preparare alla metodologia per la ricerca scientifica avanzata.

Ad oggi, diverse sono state le strategie che lo Stato ha attuato per cercare di fare fronte a queste progressive esigenze della Sanità Italiana. Tra queste, la riduzione della durata dei corsi di alcune Scuole Specialistiche, "l'importazione" di medici già formati dall'estero, il ricorso ai "medici a gettone", il ricollocamento in corsia di medici pensionati e, i diversi tentativi per aumentare il turn over di specialisti (Quota 100, Quota 41). Anche la recente norma (l'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018 n.145, ai commi 547 e 548), introdotta per facilitare l'ingresso dei neo-specialisti nel modo del lavoro, può essere utile solo per accorciare i tempi delle procedure di nuovi concorsi: "547: I medici in formazione specialistica iscritti all'ultimo anno del relativo corso sono ammessi alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario nella specifica disciplina bandita e collocati, all'esito positivo delle medesime procedure, in graduatoria separata. 548: L'eventuale assunzione a tempo indeterminato dei medici di cui al comma 547, risultati idonei e utilmente collocati nelle relative graduatorie, è subordinata al conseguimento del titolo di specializzazione ed all'esaurimento della graduatoria dei medici già specialisti alla

data della scadenza del bando”.

Uno sforzo è stato messo in atto prospetticamente mediante l'art. 521 della Legge 30 dicembre 2018, n. 145 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2021”, per reperire le risorse economiche necessarie all'aumento dei contratti per gli assistenti in formazione. Vedremo.

Da alcuni anni le regioni rilanciano la proposta del “doppio canale” per la formazione degli specializzandi: tale iter prevede l'accesso al SSN dei medici laureati e abilitati, quindi l'inquadramento a tempo indeterminato in categoria non dirigenziale nell'ambito del contratto di Area IV, con percorsi di carriera e livelli retributivi determinati dal contratto nazionale. L'inserimento nell'azienda sarebbe finalizzato ad “attività medico-chirurgiche di supporto” e l'autonomia professionale di questa nuova figura di specializzando sarebbe vincolata alla direttive ricevute, in coerenza con il grado di conoscenza e le competenze acquisite. Sembra trattarsi più di una manovra di budget economico che di miglioramento della formazione degli specializzandi che già frequentano una rete formativa allargata a diverse strutture ospedaliere qualificate e accreditate.

A fronte della nuova normativa puntuale e rigorosa ma di al contempo ambiziosa e non adeguata numericamente alla situazione attuale e prospettica le considerazioni critiche si concentrano soprattutto sue due livelli.

A parte la dibattuta problematica della selezione/iscrizione al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia un punto centrale irrisolto è il già citato “imbuto” formativo per le Scuole di Specializzazione: nel 2018 su un totale di 16.046 candidati (dei quali circa la metà non al primo tentativo), i posti a disposizione sono stati 6.934: pertanto, nonostante la carenza di specialisti sia per molte branche già evidente ed allarmante, ben 9.112 giovani medici non hanno potuto continuare il loro percorso di formazione post-laurea.

Inoltre una quota dei medici che hanno vinto una borsa di studio lo scorso anno ritenterà il concorso per una nuova specialità (la propria prima scelta) e chi riuscirà, chi si iscriverà alla nuova

specializzazione, abbandonerà la prima, di fatto sprecando una borsa. Tra il 2016 e il 2017 sono state “abbandonate” 510 specializzazioni.

Un secondo livello di attuale criticità consiste nel sistema di accreditamento delle Scuole di Specializzazione: la valutazione della terza tornata sarà prossimamente pubblicata (nel mese di maggio).

Da più organismi accademici è stato segnalato il problema del valore eccessivo di alcuni requisiti assistenziali, specie in riferimento alla percentuale di fruibilità (termine discutibile) del potenziale assistenziale ai fini formativi stabilito nel 20 per cento del totale degli accessi.

Tale percentuale andrebbe rettificata almeno per quel che concerne le Aziende Ospedaliere Universitarie e le Aziende Sanitarie ad esse assimilabili nelle quali, di fatto, per missione delle strutture stesse, pressoché tutte le attività assistenziali sono fruibili ai fini formativi.

In secondo luogo, i parametri scientifici dei docenti delle scuole sono parametrati al livello rispettivamente superiore (un ricercatore a quelli di professore associato, un associato a ordinario, un ordinario a commissario). Pertanto a titolo di esempio, un ricercatore, con l'abilitazione a professore associato, che ha appena vinto un concorso per tale ruolo, se non ha le soglie di professore ordinario contribuisce con zero punti alla media della sua scuola e talvolta questo professore è il nuovo secondo docente, obbligatorio per l'accreditamento della scuola stessa. Ciò considerato sembrerebbe opportuno prevedere che il valore dello score sia assegnato per il raggiungimento/mantenimento di ognuna delle soglie delle fasce di appartenenza e non di quella superiore.

Le problematiche ormai storiche ma oggi in fase di assoluta emergenza richiedono quindi manovre e provvedimenti normativi, di pianificazione, di bilancio con investimenti economici, strategici e culturali importanti e urgenti.

**Lo scenario che si sta concretizzando richiede una lettura olistica della complessità del sistema sanitario, inteso sia come formazione medico-specialistica che come servizio sanitario-assistenziale per poter affrontare il problema combattendone le cause e non le conseguenze. ●**

# Medicina delle cure primarie, territorio, ospedale: una visione sistemica

**Fulvio Lonati**

Associazione APRIRE

Assistenza Primaria In Rete - Salute a Km 0

*“Nel XXI secolo, in un mondo ormai libero dalle epidemie, economicamente prospero e in pace, coltiviamo con strumenti sempre più potenti l’ambizione antica di elevarci al rango di divinità, di trasformare Homo sapiens in Homo Deus. E allora cosa accadrà quando robotica, intelligenza artificiale e ingegneria genetica saranno messe al servizio della ricerca dell’immortalità e della felicità eterna?”*

Così esordisce il visionario storico-antropologo Yuval Noah Harari nel suo *“Homo Deus - Breve storia del futuro”*, ove preconizza *“gli ultimi giorni della morte”*. Non per tutti, ma per qualcuno vede all’orizzonte la prospettiva della *“amortalità”*, un indefinito spingere in là il momento del trapasso, grazie a conoscenze e strumenti sempre più in grado di *sconfiggere* la morte, vista, così come le malattie, quale *disguido tecnico*, che meccanicamente può essere capito, affrontato e risolto. Basta avere le cognizioni e gli strumenti adeguati. Ipotizza cioè che la continua crescita

delle competenze tecniche porterà ad un progressivo incremento delle potenzialità di prevenzione e cura lungo la strada, ovviamente solo per i pochi che potranno permettersela, verso *l’amortalità*, ovvero un allontanamento indefinito dalla morte. Ma, pur suggestionati da una visione così radicale, torniamo *con i piedi per terra* ai nostri giorni: quali sono i problemi di oggi e quelli che si stanno prospettando per il nostro futuro prossimo? Vedo due linee divergenti. Da un lato, la specializzazione sta rendendo il medico sempre più potente ed efficace nel risolvere i problemi clinici,

con modalità apparentemente semplificate: pensiamo, ad esempio, a quanti interventi pochi anni fa richiedevano ricoveri di dieci giorni mentre ora si affrontano con un solo accesso ambulatoriale.

Ciò avviene tuttavia con una separazione dei *mondi* e dei *poteri*: il singolo medico ha più conoscenze, competenze e capacità diagnostico-terapeutiche che in passato; ma queste sono limitate in uno specifico e limitato ambito. Inoltre, il medico sempre più è supportato da sistemi che si avvalgono dell'*intelligenza artificiale* e di *attori robotici*: man mano, stanno sostituendosi a quella che in passato configurava le peculiarità intellettive, decisionali e operative del medico *diagnosta-operatore*.

Il medico diventa quindi più potente e capace di risolvere i problemi clinici, ma è relegato in un ristretto ambito d'azione, vincolato-soggiogato alla disponibilità di un apparato strumentale sofisticato ed eterodiretto, ben diverso dagli strumenti medico-chirurgici tradizionali. L'*acume clinico* come la *manualità esperta* tradizionali vanno perdendo significato.

**Soprattutto il medico non è più il medico della persona, ma il super-specialista di una specifica e delimitata area di problematiche cliniche.**

La conseguente inevitabile prassi del ricorso alla consulenza espone al rischio di essere medici che delegano sistematicamente ad altri il loro compito fondamentale, cioè curare la persona e non la sua malattia.

Dall'altro lato il problema esplosivo che sta travolgendo i servizi sanitari è la cosiddetta *cronicità*. Ma un medico, in essenza un *diagnosta-operatore*, che ruolo può giocare per un problema clinico che, in quanto cronico, è stato *diagnosticato* anni fa e per il quale non è possibile *operare* alcun *intervento*?

Va peraltro precisato che nell'immaginario collettivo, così come in quello dei professionisti sanitari, al termine *cronicità* è associato genericamente il solo concetto di *malattia*. Le *cronicità* possono invece riferirsi a categorie ben diverse, che toccano la sfera medica con differenti

intensità e valenze. L'elemento unificante è che le persone - non i professionisti - convivono a lungo con le proprie *cronicità*. Ma queste possono assumere forme diverse: *malattie*, ma anche *fattori di rischio* o *fragilità* o *disabilità*, eventualmente e variamente assortiti tra loro. Se possiamo considerare l'artrosi una *malattia*, il sottoscritto, che è un iperteso e dislipidemico, compensato da alcune attenzioni nei propri stili di vita e dalla terapia farmacologica continuativa, non si considera *malato*: è, più propriamente, portatore di fattori di rischio, trattati farmacologicamente in *prevenzione secondaria*. Oppure: provate ad appellare *malato* un paraplegico che cinque anni fa è stato vittima di un incidente stradale e che ora, superato il lutto della sua disabilità, l'ha accettata, ci convive ed oggi lavora regolarmente e guida la macchina; non si sente un *malato*. Anche la *fragilità* di un anziano, che rimane nell'equilibrio precario di più organi in compenso labile, non è propriamente un *malato*: è a rischio di perdere repentinamente, anche a seguito di fattori esterni socio-ambientali-relazionali, questo suo equilibrio. Ebbene, noi medici tendiamo a trattare queste diverse tipologie di *cronicità* sempre con un medesimo approccio, considerandole genericamente tutte *malattie*. Peraltro con un armamentario concepito e sviluppato per trattare solo le acuzie. È chiaro quindi che ci ritroviamo disorientati e privi di un ruolo preciso e riconosciuto. Monitorare, accompagnare, curare - la *presa in carico dei cronici*, come si suole dire oggi in Lombardia- appaiono come attività burocratiche e banalmente esecutive.

Ci troviamo cioè di fronte ad una sorta di scontro tra i due aspetti, la progressiva *specializzazione* e le diverse *cronicità*, che pone la figura del medico in crisi di identità: mentre i problemi acuti sono risolti dal sistema medico-sanitario in modo sempre più rapido, efficiente e semplificato (ma con apparati tecnologicamente sempre più sofisticati e dipendenti da *robotica*, *intelligenza artificiale* e *ingegneria genetica*, e dove

il singolo medico tende a diventare solo esecutore competente della manipolazione di tali tecnologie) la condizione di vita delle persone ha a che fare eminentemente con le *cronicità*, siano esse *fattori di rischio, malattie, fragilità o disabilità*.

Il ruolo centrale del medico quale *diagnosta* (formulando la diagnosi compie l'atto medico per eccellenza), *prescrittore* (decidendo il piano di cure è il cardine del sistema), *operatore* (mettendo direttamente in atto le azioni curative è l'attore principale) viene messo in discussione dal fatto che le persone con problemi di salute cronici hanno altre esigenze, che coinvolgono anche il medico, ma a lui richiedono nuove competenze e abilità. La crisi sta soprattutto nel fatto che il medico è preparato ad affrontare le *cronicità* (è vero: viene chiamato specialmente nei momenti delle riacutizzazioni) solo con gli strumenti dell'*operatore delle acuzie*, mentre l'esigenza è *orientare-insegnare-educare-supportare-monitorare* la persona a come convivere bene, fuori dagli ospedali nei luoghi di vita, con le *cronicità*.

E si badi bene: si dice che più del 70% delle risorse sanitarie è rivolta a persone che sono portatrici di *cronicità*. Quindi, nessun medico, o altro professionista sanitario, può ritenersi escluso.

L'aspetto cruciale è che, nelle *cronicità*, il vero *operatore* è la persona, con il suo contesto di vita, che, fuori dall'ospedale e fuori dai luoghi di cura, deve *gestire* al meglio, in prima persona, le proprie *cronicità*.

Al contrario, la nostra visione, la nostra organizzazione, le nostre parole rivolte al *cronico* sono le medesime che usiamo nei confronti dell'*acuto*: noi crediamo di essere gli *operatori*, mentre sarà al di fuori che l'assistito, o quando necessario la sua famiglia, dovrà *arrangiarsi* 24/24 ore ad essere l'*operatore* di se stesso.

Avremmo cioè bisogno di trovare, accanto alla identità tradizionale del medico che, in occasione delle acuzie, fa *diagnosi*, *prescrive* ed *opera*, un nuovo strumentario professionale, per gestire il nuovo ruolo di *assistente-formatore-supervisore-consulente*

del soggetto portatore di *cronicità*, unico possibile vero *operatore*: soltanto questi infatti sarà, nel tempo, l'*attore* degli stili di vita, dell'assunzione delle terapie, del monitoraggio continuativo dei segni e dei parametri necessari. A ciò dovrebbe essere formato affinché svolga questo ruolo attivo con la cognizione, la competenza e lo spirito di collaborazione sufficienti. Purtroppo a ciò non siamo preparati. Infatti i percorsi formativi (non solo dei medici ma anche delle figure infermieristiche e della riabilitazione) sono incentrati solamente sulla fase acuta, trattata elettivamente negli spazi ospedalieri. E sulla gestione delle *cronicità* ci troviamo, senza rendercene pienamente conto, disorientati, spaesati, incompetenti, privi di una formazione e di un bagaglio professionale appropriato.

Avremmo quindi bisogno di nuovi percorsi formativi per acquisire competenze professionali - di cui poter essere orgogliosi- dove il nostro obiettivo non sarebbe più solo *diagnosticare-prescrivere-operare* ma anche fornire alle persone gli strumenti affinché esse stesse siano rese *operatori* sufficientemente competenti per prendersi cura adeguatamente delle proprie problematiche di salute croniche. Avremmo bisogno di imparare: a leggere anamnesi fatte non di eventi ma di linee di tendenza sui tempi lunghi; a diagnosticare tipologia-competenze-capacità della persona che stiamo curando; a capire se l'assistito ha accettato la sua condizione; a come supportarlo ad *elaborare il lutto* di essere portatore di una *cronicità*; a comunicare in modo efficace, differenziando le nostre parole e i nostri gesti in relazione alle peculiarità della persona che ci sta di fronte; a individuare i fenomeni che, nel tempo, si vanno lentamente manifestando impercettibilmente; a valutare gli aspetti clinici sapendoli inserire in un quadro multidimensionale, ovvero che tenga conto anche degli aspetti funzionali, cognitivi, socio-economico-relazionali e dei bisogni assistenziali; a saper lavorare in gruppo (ciò peraltro è ben necessario anche nella gestione delle fasi acute); a

superare la logica della *delega al consulente* per riappropriarci sempre di una visione globale della persona, ricollocando-ridimensionando il nostro specifico apporto clinico, anche se specialistico, nel contesto complessivo della persona.

Avremmo bisogno di essere preparati a lavorare in gruppi di professionisti di diversa estrazione: nel mondo reale, appena usciti dalle scuole, da subito si viene gettati all'interno di continue interazioni tra colleghi della propria e di altre professioni e discipline (anche il medico di famiglia, che spesso crede di lavorare da solo!). E mentre le unità operative ospedaliere sono gruppi di lavoro ben definiti da una precisa gerarchia, da un confinamento spaziale e da una contingenza temporale, nei confronti di ogni *cronico* agisce un peculiare *gruppo di fatto* di figure professionali dalla composizione sempre diversa, afferenti ad organizzazioni variabili, che agiscono su tempi lunghi. Spesso costoro non si conoscono, e non ritengono di doversi conoscere, e interagiscono tra loro per il tramite dell'assistito: di fatto, per l'assistito, sono il gruppo di riferimento, composto dal medico di famiglia e sostituto, dai suoi eventuali collaboratori, dagli specialisti, dai medici di continuità assistenziale, ma poi dalle altre figure professionali, spesso numerose: si pensi anche solo a quanti farmacisti entrano in gioco lungo la storia della persona, spesso semplicemente consegnando un farmaco, ma non raramente diventando la prima figura da cui ricevere consigli e pareri. Gli attuali percorsi formativi continuano invece ad essere assolutamente individuali e monoprofessionali. Avremmo al contrario bisogno di momenti formativi, nelle aule e nelle esercitazioni, interprofessionali (sì: insieme medici e infermieri o tecnici, psicologi, assistenti sociali...) e di gruppo (sì: anche con valutazioni di gruppo, perché nel mondo del lavoro sono spesso le unità operative ad essere valutate nel loro insieme).

Quanto detto sino ad ora indicherebbe la necessità di dare ai servizi territoriali una diversa collocazione gerarchica: mentre l'ospedale dovrebbe rimanere egemone nella gestione delle acuzie (e

qui ci siamo) l'assistenza primaria, ovvero l'insieme dei servizi presenti nel territorio, dovrebbe acquisire l'assoluta egemonia nella gestione delle *cronicità*, in termini di risorse e organizzazione, ma soprattutto di *visione*.

Avremmo anche bisogno, tutti, di una *visione* e una *affettività professionale* di *sanità pubblica* o, meglio, di *comunità*: non dovremmo accontentarci di curare bene il singolo che abbiamo davanti in questo momento ma, in una logica di *governo clinico*, collocare organicamente il nostro contributo, necessariamente specialistico rispetto ai bisogni complessivi della persona, nel sistema. Soprattutto dobbiamo porci, nei fatti, la domanda se, come medico, sto curando tutti quelli che, secondo le indicazioni della letteratura, dovrei curare.

O, meglio, se il mio contributo, accanto al contributo degli altri colleghi/servizi, è in grado di dare una risposta esaustiva sia al singolo, sia alla comunità.

**In conclusione, una proposta temeraria:** puntare ad un unico *Ordine* di tutti i professionisti della salute, accomunati dal principale e generale obiettivo della tutela della salute del singolo e della comunità. O almeno, pensare ad una forte Federazione che leghi, all'interno di una visione unitaria, tutti gli *Ordini delle Professioni Sanitarie*.

**Le sfide del futuro non ci chiedono lobby monoprofessionali, che peraltro stanno per essere surclassate da una pseudo-emancipazione sostenuta da media, internet e social, ma un insieme autorevole, credibile e solidaristico di professionisti tra loro collaboranti. ●**



# La crisi “cronica” della Medicina Generale

**Erminio Tabaglio**

Medico di Medicina Generale

Si parla di crisi della Medicina, crisi che non risparmia la Medicina Generale. In realtà il termine crisi evoca un momento ben preciso, “acuto”, di grave difficoltà, cui deve per forza far seguito un immediato tentativo di soluzione. Nel caso della Medicina Generale, invece, mi sembra di poter parlare di una situazione di difficoltà e disagio che si trascina da anni, quindi “cronica”. E giusto in queste due categorie temporali, acuto e cronico, vanno ricercate le motivazioni di questa crisi identitaria.

Ricordo che alla fine degli anni '80, inizio anni '90, le prime Cassandre cominciavano a pronosticare che il problema degli anni a venire sarebbe stato quello dell'aumento esponenziale dei malati cronici. Avevano ragione, tranne che per un aspetto: la questione avrebbe dovuto essere considerata già problematica allora. Non si sarebbero perduti anni preziosi a cercare soluzioni sempre più difficili, a cominciare dalla formazione universitaria, ancor oggi centrata prevalentemente sulle patologie acute, sul trattamento acuto delle complicanze nelle patologie croniche e sull'approccio ospedaliero. **Inevitabile che i medici neolaureati lamentino gravi lacune culturali e metodologiche nell'affrontare la cronicità, lacune cui pone solo in parte rimedio la**

**formazione post laurea.** Non è infatti facile passare dal paradigma delle malattie acute - diagnosi, terapia, guarigione - a quello della cronicità - diagnosi, trattamento, *follow up quoad vitam* -, anche perché alto è il rischio che questo *follow up* si riduca ad una pedissequa ripetizione di esami e visite di controllo previste dai vari Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, che alla lunga logorano sia il medico sia il paziente, in una medicina destinata ad un inevitabile *burn out*. Quali possibili rimedi a questo reale pericolo? Innanzi tutto proporrei una rivalutazione degli aspetti clinici e relazionali nel rapporto con il malato cronico. È da tutti riconosciuta l'importanza del coinvolgimento del paziente nella gestione della sua condizione di malato cronico, coinvolgimento che può essere ottenuto solo con l'instaurarsi di una solida relazione con il proprio medico.

**E relazione vuol dire comunicazione, capacità di comunicazione, e questo apre ampi spazi alla formazione per l'acquisizione di conoscenza ed esperienza di tecniche comunicative, troppo spesso trascurate nei programmi di formazione,** tecniche che naturalmente devono fondersi con una capacità di ascolto ed empatia che deve far parte delle doti umanistiche, prima ancora che professionali, del medico generalista.

È poi fondamentale alimentare nel tempo questa relazione ponendosi di volta in volta obiettivi raggiungibili, che non riguardino solo il conseguimento di *target* terapeutici, ma anche e soprattutto la qualità di vita.

Ecco, credo che il medico, coltivando questi aspetti, possa trovare valide motivazioni per lavorar bene e con soddisfazione professionale.

**Ma veniamo ad un altro punto critico: l'informatizzazione.**

Credo che questo aspetto sia vissuto come un problema dalla maggior parte dei medici di medicina generale, non tanto perché molti di noi fanno parte di una generazione carta e penna, quanto piuttosto perché, in particolare in Lombardia, dove pure l'informatizzazione è partita prima che in altre regioni, si è tenuto conto soprattutto delle esigenze del sistema e poco di quelle dei clinici. Se da una parte infatti non è pensabile per un medico di medicina generale poter gestire i propri pazienti cronici senza un supporto informatico (per la stampa delle ricette, per un archivio aggiornato di problemi, visite, esami e terapie al fine di un corretto monitoraggio), dall'altra è anche vero che siamo in netto ritardo rispetto ad altre regioni per quanto riguarda la reale dematerializzazione delle prescrizioni ed il trasferimento dei risultati di esami ed accertamenti direttamente dai laboratori alle schede cliniche del medico. Probabilmente chi non ci ha messo mano non si rende conto della quantità di tempo necessaria al medico (o al suo personale di studio) per copiare manualmente i risultati degli esami che provengono dal SISS al fine di tenere aggiornate le schede, tutto tempo sottratto all'attività clinica vera e propria. Per questo molti di noi vivono il computer come un grosso forno, in cui continuare ad introdurre legna (i dati) ottenendo in cambio solo fumo. In realtà è possibile ottenere da questo forno anche buone pizze. **Mi riferisco al fatto che oggi disponiamo di sistemi che ci consentono di estrarre in tempo reale dai nostri computer dati elaborati per il monitoraggio di tutta la nostra popolazione di assistiti.** È così possibile verificare quanti e quali assistiti sono a rischio di malattie croniche, quanti e quali pazienti sono aderenti ai controlli ed alle terapie, quanti e quali pazienti hanno o

non hanno raggiunto i *target* terapeutici, e così via. È questo il primo passo verso una medicina di iniziativa. Sapere quali pazienti non sono aderenti o non sono a target invoglia al passo successivo: il richiamo di questi pazienti. Ma qui nasce la prima frustrazione: ci si rende conto che il medico da solo non riesce a gestire in maniera soddisfacente, oserei dire democratica, tutta la popolazione dei suoi assistiti e malati cronici. Si pone un problema di risorse ed organizzazione. In questo senso la riforma lombarda della Presa In Carico prospetta una soluzione (per ora ancora piuttosto teorica), vale a dire il supporto all'attività del medico di un Centro Servizi e, soprattutto, di un *case manager*. Personalmente credo che questa figura, una figura infermieristica formata nella gestione del cronico (educazione terapeutica, monitoraggio dell'aderenza, monitoraggio dei principali parametri clinici e laboratoristici, etc.) possa davvero costituire la chiave di volta per avviare ad una soluzione concreta il problema della cronicità, quanto meno per le competenze della medicina generale.

**Concludo con una considerazione che può sembrare poco popolare, ma nella quale credo fermamente.** Per uscire dal disagio e dalle difficoltà attuali è necessario che i medici di medicina generale migliorino la propria autostima e la stima e la fiducia da parte degli altri operatori sanitari e degli assistiti. Per ottenere questo la nostra categoria deve riuscire a garantire in maniera uniforme, su tutto il territorio bresciano, quelli che definirei "livelli accettabili di *performance*", che tengano naturalmente conto delle risorse che abbiamo a disposizione. Ma per far questo è indispensabile che ognuno di noi sia disponibile ad autovalutarsi ed a farsi valutare. Sappiamo tutti che in medicina non è possibile misurare tutto, ma quello che è possibile misurare dal punto di vista quantitativo e qualitativo va misurato e valutato. Oggi disponiamo di strumenti (vedi Governo Clinico e Banca Dati Assisititi) che tramite indicatori di processo, esito intermedio e risultati di salute possono definire con sufficiente precisione il livello qualitativo del nostro lavoro: sta a noi non sottrarci ed impegnarci in un processo di miglioramento. ●

# L'evoluzione dei modelli per il futuro dell'ospedale

**Valerio Verdiani**

Direttore Medicina Interna Grosseto e membro dell'Organismo Toscano Governo Clinico

## Modello Hospitalist negli USA

In risposta alla crescita dei costi del sistema sanitario nazionale americano, agli inizi degli anni '80 il Governo Federale USA cambiò il sistema di rimborso ospedaliero introducendo il pagamento basato sul DRG (Diagnosis Related Groups) con l'obiettivo di ridurre le giornate di degenza. Pochi anni dopo fu sviluppato il sistema del "Managed Care Plans" volto anch'esso a ridurre i costi perseguendo una politica di riduzione delle ospedalizzazioni. L'associazione di queste due riforme portò ad un progressivo distacco dei medici di *primary care* - fino ad allora responsabili della gestione del paziente non solo al domicilio ma anche durante la degenza ospedaliera - dagli ospedali, venendo a mancare l'incentivo economico sia a ricoverare che a seguire i malati in ospedale. La risultante fu che gli ospedali americani vennero ad avere in degenza malati sempre più complessi, seguiti da diversi specialisti (pagati a prestazione) senza più un medico di

riferimento a coordinare le cure.

Nel 1986 apparve per la prima volta sul *New England Journal Medicine* il riferimento al medico "hospitalist", vale a dire ad un medico specialista nella *care* ospedaliera, che già in alcuni ospedali americani si andava affermando. In Europa, ed in particolare in Italia, non ci si sorprese particolarmente di questo annuncio in quanto nella nostra realtà i medici "hospitalist" già esistevano, cioè medici che svolgevano la loro attività (negli anni più recenti l'esclusiva attività) all'interno degli ospedali.

La grossa differenza stava però nel fatto che mentre in Europa i medici ospedalieri si dividevano in tanti reparti distinti per specialità, che talvolta si dividevano in ultra-specialità, l'"hospitalist" americano gestiva e coordinava a tutto tondo la degenza ospedaliera indipendentemente dalla singola patologia determinante il ricovero.

Il paziente trovava così un punto unico di riferimento intraospedaliero, che interagiva con il medico di *primary care* all'inizio ed alla fine della degenza, e che coordinava gli interventi e le consulenze specialistiche in un'ottica di co-management. Il vantaggio maggiore lo si aveva nei pazienti polipatologici, dove il troppo elevato numero di consulenti produceva il rischio di *over-diagnosis* e *over-treatment*.

Il modello prese piede e nel giro di poco più di trent'anni l'80% degli ospedali americani con più di 200 posti letto lo ha adottato.

Il numero di *hospitalists* ha raggiunto le 50.000 unità facendone nel suo complesso la più rapida crescita di una specialità nella storia della Medicina. Si è costituita una società scientifica (Society Hospital Medicine) che ha stabilito quali debbano essere le competenze di un *hospitalist* (vedi figura 1), inserendo non solo le competenze cliniche (generali, non necessariamente ultraspecialistiche), ma anche quelle relative alla capacità

di comunicazione, gestione dei pazienti fragili, della palliazione.

I risultati di diversi studi che hanno confrontato il modello tradizionale rispetto al modello *hospitalist* dimostrano come quest'ultimo sia in grado di ridurre costi e lunghezza della degenza senza perdere in qualità né in soddisfazione del paziente.

**Concetto chiave del modello *hospitalist*: la presa in carico.**

### Modello Ospedale per Intensità di Cura in Italia

Negli anni Cinquanta, negli ospedali militari americani si iniziò a separare alcuni malati dagli altri sulla base della gravità della condizione clinica, con il fine di una più efficiente distribuzione delle risorse presenti (tecniche e umane) per la cura di tali pazienti. Questa metodologia diventò la base del modello chiamato "*progressive patient care*" caratterizzato (Raven, 1962) dal raggruppamento sistematico dei pazienti in base al loro grado di malattia e di

CONDIZIONI CLINICHE	PROCEDURE	HEALTHCARE SYSTEM
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cardiopatia ischemica</li> <li>- Aritmie</li> <li>- Scompenso cardiaco</li> <li>- Diabete mellito</li> <li>- Ipertensione arteriosa</li> <li>- Insufficienza renale acuta</li> <li>- Malattia polmonare cronica ostruttiva</li> <li>- Asma bronchiale</li> <li>- Polmoniti</li> <li>- Sepsi</li> <li>- Stroke</li> <li>- Delirio e demenza</li> <li>- Tromboembolismo venoso</li> <li>- Ischemia arteriosa</li> <li>- Trattamento del dolore</li> <li>- Medicina peri-operatoria</li> <li>- Sanguinamento gastro-intestinale</li> <li>- Anemia</li> <li>- Trombocitopenia</li> <li>- Ipo/Ipertroidismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interpretazione RX Torace</li> <li>- Interpretazione ECG</li> <li>- Paracentesi</li> <li>- Toracentesi</li> <li>- Ecografia bedside</li> <li>- NIV</li> <li>- Incannulamento vie venose centrali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resistenze antimicrobiche</li> <li>- Care del paziente anziano</li> <li>- Care del paziente fragile</li> <li>- Comunicazione</li> <li>- Decision-making</li> <li>- Sicurezza</li> <li>- Principi di Farmacoeconomia</li> <li>- Evidence Based Medicine</li> <li>- Leadership</li> <li>- Coordinamento multidisciplinare</li> <li>- Nutrizione in pazienti ospedalizzati</li> <li>- Cure palliative</li> <li>- Miglioramento qualità</li> </ul>

**FIGURA 1:** Le competenze di base richieste ad un Hospitalist (modificato da documento della Society of Hospital Medicine)

dependenza assistenziale. Nel 2005 una legge regionale della Toscana dette il via al modello "Ospedale per Intensità di cura" facendo espressamente cenno a una strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità di cura, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica. Dopo la regione Toscana, altre regioni (es. Piemonte, Emilia-Romagna) hanno introdotto nei loro piani sanitari la riorganizzazione secondo il modello dell'Ospedale per Intensità di Cura. Con questo modello si propone di valorizzare i reali bisogni assistenziali del paziente, e le risorse tecniche e professionali non mediche non sono più "proprietà" dell'Unità Operativa, ma messe a disposizione di aree dove anche i letti diventano funzionali in ragione delle caratteristiche dei malati. L'ospedale per intensità di cura, pur avendo alla base razionali motivazioni e nobili intenti, continua però a faticare nella sua realizzazione pratica. Evidentemente alcune criticità (dispersione dei malati, disallineamento medici-infermieri, turnistica, logistica ecc.) non stanno trovando soddisfacente risposta, tanto che si sono realizzati più che altro "interpretazioni" del modello, diverse da un ospedale all'altro, da una regione all'altra. E forse anche per questo non esiste al momento nessuno studio riguardante la sua efficacia e la sua efficienza. Concetto chiave del modello Ospedale per Intensità di cura: *il paziente al centro.*

### **Dai cambiamenti ambientali all'evoluzione dei sistemi: una possibile sintesi**

A partire dalla fine della seconda guerra mondiale vi è stato un costante aumento dell'aspettativa di vita alla nascita. In Italia, nel 2016 si è superata per la prima volta la soglia degli 83 anni e si stima che nel 2040 si supererà quella degli 84 anni. Tale aumento ha determinato (e determinerà

sempre più) un sensibile invecchiamento della popolazione. L'aspetto positivo di questo elemento è però annebbiato dal fatto che l'aspettativa di vita in buona salute a 65 anni è diminuita.

È molto probabile che ciò sia dovuto in parte ad una maggiore capacità di diagnosi, ma in gran parte è dovuto alla possibilità, grazie alle cure, di sopravvivere più a lungo alle malattie. Il concetto tecnicamente valido dell'"ospedale per acuti" si scontra con le crescenti domande di malati cronici, il più delle volte polipatologici. Occorre quindi chiedersi se il drammatico cambiamento epidemiologico-ambientale, già in atto, possa trovare risposta in quella che al momento appare solo una troppo lenta e troppo vaga applicazione del cambiamento organizzativo.

L'invecchiamento, associato a importanti mutamenti sociali, genera una sottopopolazione nuova che presenta problematiche non rilevate o sottovalutate negli anni passati. Si sta assistendo ad un incremento di malati pluripatologici, oncologici, con problematiche sociali, incremento della malattia di Alzheimer, della disabilità. Non è oramai raro trovare nei Pronto Soccorso pazienti di difficile assegnazione specialistica, di impossibile interpretazione iniziale della problematica clinica principale. Non è oramai raro trovare nei reparti di degenza pazienti più volte ospedalizzati e che ad ogni riospedalizzazione si sono trovati in reparti diversi, con inutile ripetizione di esami, cambiamenti di terapie croniche, informazioni al cittadino (paziente e familiari) disomogenee e talvolta difformi. Oltre il 50% delle riospedalizzazioni precoci (entro 30 giorni) sono dovute a una patologia diversa rispetto alla prima diagnosi del precedente ricovero. Sembra ogni giorno più evidente che ci sia bisogno più di una presa in carico complessiva del paziente piuttosto che dell'assegnazione alla singola unità specialistica, più attenzione ai reali bisogni di quel paziente che a interventi superspecialistici.

Ecco quindi che il concetto base dell'ospedale per intensità di cura

("paziente al centro") dovrebbe fondersi con il concetto base del modello *hospitalist* ("presa in carico"). In questa maniera il paziente verrebbe assegnato non ad una singola unità specialistica ma ad un'unica figura professionale, l'*hospitalist*, che lo curerebbe e lo seguirebbe per tutto il percorso ospedaliero (presa in carico) avvalendosi delle competenze specialistiche necessarie per quel singolo malato in un'ottica di co-management (paziente al centro). La figura medica unica di riferimento, indipendentemente dalla patologia determinante il ricovero (tranne situazioni particolari), favorirebbe l'allineamento con la componente infermieristica, permetterebbe un maggior coordinamento delle competenze multiprofessionali e multidisciplinari che girano attorno a quel paziente, ridurrebbe il rischio di spezzettamento della cura dovuto al sovrapporsi di più consulenti, probabilmente darebbe una maggiore percezione di presa in carico che rafforzerebbe anche il legame di fiducia "cittadino-ospedale". L'estensione del modello all'area chirurgica favorirebbe i percorsi di degenza, evitando il sovrannumero di richieste di consulenza e utilizzando al meglio il chirurgo per quella che è la sua funzione essenziale e non sostituibile.

Identificate le caratteristiche proprie di un *hospitalist*, anche sulla base di quelle elencate dalla *Society Hospital Medicine* che ne fanno un vero e proprio specialista della *care ospedaliera*, resta la domanda su chi può fare l'*hospitalist*.

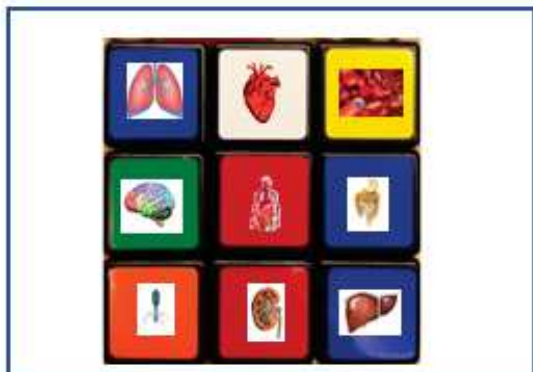
Non esiste (nemmeno negli USA) una specializzazione in *Hospital Medicine*, ma la specialità che più vi si avvicina è quella della Medicina Interna, tanto che negli Stati Uniti oltre l'80% degli *hospitalists* sono internisti. L'internista è lo specialista più portato alla visione olistica, alla complessità, alla gestione della polipatologia e, negli ultimi anni, maggiormente orientato alla prioritizzazione seguendo la logica del "*choosing wisely*". Se però è vero che Hospitalist=Internista non è sempre detto che Internista=Hospitalist. Sarà

necessario "accompagnare" da un punto di vista formativo l'evoluzione della figura dell'internista, come del resto sta già avvenendo: basti pensare allo sviluppo in molte realtà della medicina peri-operatoria, delle aree di *high-care* internistiche, dell'ortomedicina, e così via.

Quando nel 1996 RM Watcher e L Goldman presentarono sul *New England* il modello *hospitalist* emergente negli Stati Uniti d'America sottolinearono che, a dispetto di una generale visione ottimistica, vi erano non sorprendentemente obiezioni da parte dei "*generalists*" intendendo i medici di *primary care* che fino ad allora avevano seguito i propri pazienti in ospedale e degli "*specialists*" che avrebbero temuto una riduzione delle richieste di consulenza (prestazioni a pagamento). Tali obiezioni non trovano contenuti adeguati nella nostra realtà, in quanto gli specialisti non hanno incentivi economici all'attività consulenziale intra-ospedale. Anzi, gli specialisti d'organo (che continuerebbero ad avere la gestione primaria di pazienti con precise caratteristiche di esclusiva propria competenza), manterrebbero un ruolo di prim'ordine in qualità di "*consultant*" facendosi carico dall'inizio alla fine della problematica medica di propria competenza di quel singolo paziente ("*un nuovo modo di vedere la consulenza*") ed essendo parte attiva nel *co-management*, senza doversi preoccupare della gestione complessiva del paziente stesso e delle sue comorbidità. Le equipe specialistiche avrebbero inoltre maggiori possibilità di affinare e sviluppare le proprie competenze strumentali, per poter offrire al paziente il meglio della tecnologia esistente laddove ve ne sia bisogno. Per quanto riguarda i medici di Medicina Generale, nella nostra realtà non hanno mai gestito direttamente i percorsi di cura ospedalieri dei propri pazienti e probabilmente in un modello *hospitalist* potrebbero essere favoriti i collegamenti, visto che il medico di riferimento territoriale avrebbe un suo corrispettivo nell'ospedale.

## EVOLUZIONE DEL SISTEMA

Modello tipo cubo di Rubik



Modello tipo otto orizzontale aperto

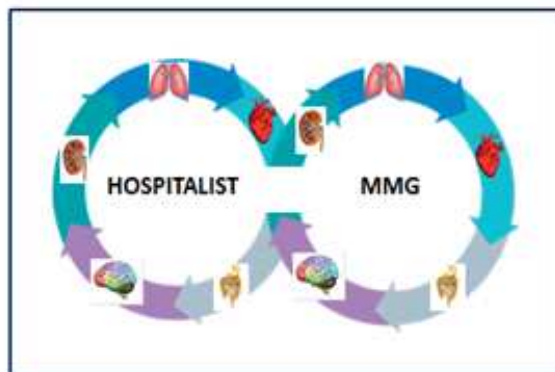


FIGURA 2: Passaggio da un modello semirigido ad un modello fluido incentrato su figure di riferimento

### Conclusioni

In Italia si sta assistendo ad un imponente cambiamento anagrafico-epidemiologico che ha generato e continuerà a generare una sottopopolazione di pazienti anziani, complessi e spesso affetti da multiple morbidità. La gestione olistica del paziente diviene il più delle volte prioritaria rispetto all'attenzione verso la singola patologia d'organo. Il modello *hospitalist* sviluppatosi ampiamente negli USA, sia pure considerate tutte le differenze esistenti tra la nostra realtà

e quella americana, presenta elementi che potrebbero essere inclusi utilmente nelle nostre organizzazioni sanitarie. La sintesi dei modelli renderebbe evoluto il sistema passando dall'attuale modello semirigido tipo "cubo di Rubik" basato sulla segmentazione specialistica e ultra-specialistica ad un modello tipo "otto orizzontale" dove le competenze specialistiche ruotano attorno a due figure di riferimento (MMG e *Hospitalist*) con un'ampia finestra di collegamento tra le due (figura 2). ●



### Bibliografia essenziale

Wachter RM, Goldman L. The emerging role of "Hospitalists" in the american health care system. *N Eng J Med* 1996;335:514-516

Mainous III G, Baker R, Parker SG. Hospitalists for the NHS? *JRSM* 2000;93:504-506

Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients, Extracts: vision and recommendations. [www.rcplondon.ac.uk/futurehospital](http://www.rcplondon.ac.uk/futurehospital). Royal College of Physicians 2013;1-20

Disciplina del servizio sanitario regionale. Ospedale per intensità di cura. Legge Regionale Toscana 40/2005

White HL, Glazier RH. Do hospitalist physicians improve the quality of inpatient care delivery? A systematic review of process, efficiency and outcome measures. *BMC Medicine* 2011;9:58:1-22

Hoffman A, Hatefi A, Wachter RM. Hospitalists, value and the future. *Future Hospital Journal* 2016;3:62-64

Palabindala V, Salim SA. Era of hospitalists. *J Community Hosp Intern Med Perspect* 2018;8:16-20

Verdiani V. Analisi dei modelli esistenti: hospitalist. *Quad It J Med* 2018;6(3):30-33

Affinati M. On being a hospitalist. *Quad It J Med* 2018;6(3):34-37

# Quale Ospedale futuro?

## Ospedale e malattia cronica

**Umberto Valentini**

Direttore U.O. Diabetologia  
Dipartimento di Medicina  
ASST .Spedali Civili di Brescia

Il miglioramento delle condizioni di vita, i progressi della medicina ed il conseguente allungamento dell'età media hanno determinato negli ultimi anni una profonda trasformazione dell'assistenza sanitaria.

La medicina per acuti rappresenta ormai solo parte dei problemi che devono essere affrontati in sanità, mentre si è assistito in tutte le regioni del mondo ad un progressivo, inarrestabile incremento delle malattie croniche; ora:

- ✘ rappresentano più dell'80% delle malattie;
- ✘ assorbono più del 70% dei costi sanitari diretti e una cifra identica in costi sanitari indiretti;

- ✘ frequentemente la cronicità è caratterizzata da più comorbidità e ciò determina una condizione complessa e fragile;
- ✘ sono responsabili del 56% di tutte le morti;
- ✘ non sono solo appannaggio dell'età avanzata, ma la maggior parte compare tra i 15 e i 69 anni;
- ✘ richiedono un'assistenza sanitaria più complessa rispetto alla malattia acuta ed è difficile mantenere la continuità e il coordinamento assistenziali;
- ✘ richiedono controlli (visite mediche, esami strumentali...) e terapie continue per tutta la vita;
- ✘ si possono, nella maggior parte dei casi, curare bene, con successo.

Nel nostro Paese le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) sono ritenute responsabili, per il 2010, del 92% dei decessi totali registrati, in particolare le malattie cardiovascolari (41%), i tumori (29%), le malattie respiratorie croniche (5%) e il diabete (4%) (1). Negli ultimi decenni si è registrato un progressivo aumento della speranza di vita (84 anni per le donne e 79 per gli uomini - dati 2010), ma a causa delle MCNT, che pesano per oltre il 75% sul carico di malattia globale, la speranza di vita libera da disabilità si attesta su valori molto più contenuti e simili per entrambi i sessi (circa 65 anni) (2). Si stima che i costi delle MCNT si elevino al 70-80% del budget totale che i Paesi europei spendono per la salute, con aggravii difficilmente quantificabili, anche per le singole famiglie che impiegano importanti risorse per la cura e le attenzioni ai loro malati. In realtà questi dati, già molto allarmanti, sono destinati a peggiorare per diverse ragioni, fra le quali la tendenza all'aumento dell'inattività fisica e l'aumento epidemico di sovrappeso e obesità o l'aumento dell'aspettativa di vita con il quale cresce parallelamente la probabilità di sviluppare tumori,



malattie cardiovascolari e diabete.

In riferimento a tale contesto uno degli obiettivi del piano strategico dell'OMS è il rafforzamento dell'assistenza sanitaria per le persone con malattie croniche, ed un riorientamento dei sistemi sanitari per consentire di rispondere alle esigenze di una gestione efficace ed efficiente della cronicità. La trasformazione complessiva del sistema di offerta dovrebbe portare ad una modalità di erogazione delle cure più vicine al paziente e al suo ambiente, quindi prevalentemente ambulatoriale e domiciliare, basata sull'integrazione dei servizi e sull'integrazione ospedale territorio e sui principi di appropriatezza clinica e gestionale.

Per affrontare questo cambiamento sono nati nuovi modelli organizzativi; il *Chronic Care Model (CCM)* è attualmente il modello di riferimento che pone, in un unico quadro d'insieme, tutti quei fattori organizzativi ed operativi del sistema assistenziale e della comunità che sono necessari e predisponenti per una gestione efficace e sostenibile delle persone con malattia cronica.

Con la sua impronta sistemica, il CCM fornisce, quindi, un messaggio chiaro, che può essere sintetizzabile nella maniera seguente; un'organizzazione che voglia assistere le persone affetta da malattie croniche:

- ✘ deve rivedere una serie di "leve di sistema" (gli assetti organizzativi, i processi decisionali, il sistema informativo, etc.) per creare quelle condizioni di contesto necessarie a gestire i fabbisogni legati alle patologie a lungo termine;
- ✘ deve, allo stesso tempo, fornire a tutti gli "attori del sistema" gli strumenti che possano facilitare quella interazione costruttiva tra il paziente ("informato ed attivo") e la *team* di operatori, "preparato e proattivo", che sta alla base del generarsi dei risultati attesi.

In questo scenario anche l'epidemiologia ospedaliera è cambiata negli ultimi anni:

- ✘ le persone con malattia cronica rappresentano più dell'80% dei ricoveri, determinati da episodi acuti della stessa malattia o da malattie acute in cui la malattia cronica è una comorbidità;
- ✘ circa i 2\3 delle persone ospedalizzate ha una età superiore a 65 anni;
- ✘ il 22% delle giornate di degenza sono determinate da persone con età superiore a 85 anni;
- ✘ il 25% delle persone ricoverate ha un disturbo cognitivo;
- ✘ esiste una cronicità ad alta intensità di cura (circa 10-15%,) che il MMG non è in grado di seguire, ma che non richiede il ricovero e deve essere gestita in ambulatorio (presa in carico).

Nella gestione e nella cura di una malattia cronica una delle esigenze prioritarie è il superamento dell'organizzazione a "compartimenti stagni", per avvicinarsi ad un modello di gestione articolato su più livelli, in grado di integrare al meglio le competenze e le risorse disponibili, infatti è necessario:

- ✘ portare il paziente ad una autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura;
- ✘ realizzare la presa in carico e l'accompagnamento del paziente per prevenire le complicanze croniche e gli eventi acuti;
- ✘ creare un'organizzazione diversa da quella per l'acuto, centrata sull'attività ambulatoriale;
- ✘ monitorare i processi ( PDTA) definiti dall'implementazione delle linee guida di riferimento;
- ✘ realizzare banche dati cliniche e amministrative (informatiche) che permettano di seguire nel tempo il paziente;

- ✘ realizzare una comunicazione efficace con tutti gli attori del PDTA (specialisti, MMG, Infermieri...).

Nell'ospedale che cambia, l'assistenza della persona con malattia cronica deve essere "without walls" (senza mura), senza compartimenti stagni, un Ospedale dove le diverse attività specialistiche sono tra loro fortemente connesse e che si integra concretamente con il territorio.

L'assistenza e la "regia" della cura, sarà affidata ad un internista o ad un geriatra, professionalità necessaria per affrontare la complessità, che, a sua volta, si avvarranno di consulenze o prese in carico specialistiche per alcuni aspetti particolari

Sarà un ospedale in cui i medici operano in reparto e in ambulatorio, per dare continuità assistenziale e portare la persona con malattia cronica dalla degenza all'ambulatorio e quindi riaffidarlo al Territorio con un livello di stabilità clinica necessario per evitare la comparsa o l'evoluzione delle complicanze o il ritorno in ospedale. È quindi necessario utilizzare nuove modalità organizzative tipiche della "cronicità": il Percorso Assistenziale è la risposta, permette infatti di creare un continuum di cura e di misurare le diverse fasi del processo. Il PDT si concretizza nell'analisi dell'appropriatezza dei singoli processi erogativi e nella costruzione di un processo di cura "unico" che lega insieme tutte le fasi assistenziali; non è *tout court* "esportabile" ma, pur all'interno di un quadro di riferimento comune, esso deve essere disegnato in modo coerente con le peculiarità (potenzialità e limiti) del contesto applicativo. Per una gestione adeguata sarà necessario prendere in considerazione anche aspetti non prettamente clinici, quali il passaggio di informazioni tra i diversi servizi che il paziente attraversa nel suo iter. Un altro aspetto peculiare della cura

della cronicità è l'*empowerment* del paziente.

La cura e la gestione delle persone ricoverate è strutturata secondo una gerarchia che vede il medico al vertice della scala, al di sopra degli altri professionisti della salute, con il paziente al livello più basso: l'atteggiamento che ci si attende dal paziente in questo modello assistenziale per acuti, è quello di "affidarsi" a lui e di seguire attentamente le sue indicazioni; la passività può indurre la persona con malattia cronica ad una sorta di elusione delle proprie responsabilità, di non aderenza al progetto di cura. Il malato cronico deve essere un soggetto centrale ed attivo. La centralità non ha solo un significato etico, ma nel caso della malattia cronica diventa l'elemento essenziale per il successo della terapia: anche la cura più efficace, moderna, costosa non dà alcun risultato se il paziente non è in grado di metterla correttamente in atto.

È pertanto opportuno, sin dalla degenza, introdurre forme di responsabilizzazione e di coinvolgimento attivo del malato cronico ed i suoi familiari in modo che possano acquisire gli strumenti per autogestirsi e collaborare in forma proattiva con il medico. Alla luce di queste esigenze, assume un ruolo sempre più importante l'attività infermieristica nell'accompagnare la persona con malattia cronica nel processo di cura: accanto all'ambulatorio medico dedicato alla diagnosi e terapia, vi sarà un ambulatorio infermieristico per il monitoraggio della malattia e l'educazione all'autonomizzazione del paziente.

La riprogettazione del sistema ospedale si basa sostanzialmente su due elementi fondamentali: il cambiamento culturale e l'adozione di un modello fondato su:

- ✘ un approccio centrato sul paziente, educativo sin dalle fasi acute (presa in carico);

- ✘ una condivisione di PDTA dalla degenza sino alla presa in carico ambulatoriale (PDT interno) e poi territoriale (PDT esterno);
- ✘ il monitoraggio del PDT attraverso banche dati cliniche e amministrative.

Una corretta gestione del paziente cronico nell'Ospedale del futuro, si fonderà su un modello organizzativo centrato sulla persona e sull'integrazione tra i diversi livelli assistenziali e ciò:

- ✘ migliorerà la qualità della vita dei pazienti;
- ✘ permetterà di garantire al paziente acuto ricoverato le risorse umane e organizzative necessarie, "liberando" i reparti di degenza dalle persone con malattie croniche che possono essere gestite a livello ambulatoriale anche se a alta intensità di cura;
- ✘ metterà concretamente al centro la persona con malattia cronica facendogli acquisire le competenze necessarie per muoversi all'interno del percorso assistenziale, diventando un elemento attivo in grado di incidere positivamente sull'efficienza e sull'efficacia del sistema;
- ✘ ridurrà la frammentazione che esiste tra le diverse componenti del percorso Assistenziale, che viene percepita dal cittadino affetto da una patologia cronica come "vuoto" dei percorsi di cura e dei trattamenti terapeutici. ●



#### Letture consigliate

Piano Nazionale delle cronicità, GU 15 novembre 2016.

World Health Organization (WHO). Non communicable diseases country profiles, 2011.

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Health at a Glance: Europe 2010.

World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of non communicable diseases 2012-2016.

Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2013.

Geddes M. L'ospedale del futuro. Salute Internazionale, 23.04.2009.

Maciocco G. Il Big Bang del NHS. Salute Internazionale, 02.04.2013.

The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry [PDF: 875 Kb] London: The Stationery Office, 2013.

Care quality commission. Time to listen In NHS hospitals Dignity and nutrition inspection programme 2012 [PDF: 1,2 Mb].

Royal College of Physicians. *Doctors in society: medical professionalism in a changing world*. Report of a working party. London: RCP, 2005.

Hawkes N. Hospitals without walls. Bmj 2013;347:f5479 doi: 10.1136/bmj.f5479.

Newbuold N. What is the future hospitals. Bmj 2013;347:f5442 doi: 10.1136/bmj.f5442.

Delamothe T. Why a hospital? Bmj 2013;347:f5548 doi: 10.1136/bmj.f5548.

Hospital nurse-staffing models and patient- and staff-related outcomes Cochrane Database Syst Rev 2019 Apr 23;4:CD007019.

Godle F., Integrated care is what we all want; BMJ 2012; 344 doi: 10.1136 (7June 2012).

# La rete ospedaliera

**Benvenuto Antonini**

Responsabile DEA - ASST del Garda

Era fine inverno quando Angelo (nome di fantasia) arrivò presso il nostro Pronto Soccorso con una gravissima insufficienza respiratoria dovuta ad una polmonite interstiziale. Nulla di nuovo, visto i tanti casi di ARDS che in quell'inverno avevamo ricoverato in Terapia Intensiva. C'era tuttavia una differenza rispetto agli altri pazienti: pesava 210 kg. Ciò complicava tremendamente le cose. Impossibile ventilarlo adeguatamente, impensabile metterlo in posizione prona, strategia che si mette in campo nei casi più gravi di ARDS. **Che fare? Sarebbe morto di lì a poche ore.** Provammo ad attivare la rete lombarda dell'ARDS. Prontamente ci rispose Bergamo e in 2 ore un'equipe della rianimazione cardiocirurgica del Papa Giovanni XXIII era da noi e iniziava ad incannulare i vasi per avviare il più presto possibile la circolazione extracorporea (ECMO): unica strategia in grado di salvare il paziente. L'ECMO fu avviata già presso la nostra rianimazione e il malato venne trasportato. Superò la fase acuta, dopo alcuni giorni venne sospesa la circolazione extracorporea e il paziente venne tracheotomizzato. Rimaneva ancora il problema dello svezzamento dalla ventilazione meccanica e dell'insufficienza renale che era subentrata e che richiedeva la dialisi. Angelo ci venne riproposto per

la prosecuzione delle cure. Non eravamo entusiasti perché gli scogli da superare erano ancora tanti e la grave obesità costituiva una tremenda aggravante. Consci tuttavia che era nostro dovere accettare il paziente di ritorno da Bergamo e che dovevamo fare la nostra parte, concordammo il rientro da noi. Durante la degenza presso la nostra Terapia Intensiva il paziente migliorò al punto che venne trasferito dopo alcune settimane in Nefrologia. Aveva ripreso a urinare, ma richiedeva ancora la dialisi. Non era ancora indipendente dal ventilatore, ma rimaneva staccato per alcune ore al giorno. Avevamo acquisito anche il ventilatore domiciliare, pensando all'ipotesi di non recupero della totale autonomia respiratoria, anche se nutrivamo ancora speranze. Farlo uscire presto dalla rianimazione era fondamentale per una ripresa psico-fisica. Occorreva insistere con una fisioterapia intensiva, respiratoria e motoria, per rimetterlo in piedi e staccarlo definitivamente dal ventilatore. Bisognava trovare un ospedale con un reparto di degenza di riabilitazione e che fosse in grado di fare anche la dialisi.

Lo trovammo. Angelo venne trasferito presso l'ospedale di Crema, peraltro vicino alla sua abitazione.

Angelo è venuto a trovarci qualche settimana fa. Sta bene, respira autonomamente, cammina, fa ancora la dialisi 2 volte la settimana.

Ho riportato questo caso per descrivere un esempio di buona collaborazione fra ospedali e di rete clinica per la gestione dei pazienti acuti che in Lombardia sta dando risultati importanti. La rete dell'ARDS è una delle tante reti cliniche che sono attualmente operative in Lombardia.

Si spazia dalle reti dell'emergenza e varie reti di specialità, a quelle della terapia del dolore e delle cure palliative; dalle reti per la donazione e il trapianto di organi e tessuti a quelle per le malattie rare.

La stessa Università non può prescindere da un *network* di ospedali per soddisfare le esigenze formative dei futuri medici, infermieri o specialisti delle varie discipline.

Multidisciplinarietà, *evidence based* medicine, equità di accesso alle cure, continuità della presa in carico e centralità

del paziente sono i principi su cui si basa la realizzazione delle reti cliniche nella sanità. Due sono inoltre i motivi che rendono queste reti sempre più di attualità nella gestione delle principali problematiche cliniche:

1. il cambiamento della domanda di salute che richiede che l'offerta e i servizi sanitari siano capaci di dare una risposta qualitativamente adeguata a questo cambiamento;
2. l'evoluzione tecnologica e lo sviluppo di trattamenti sempre più sofisticati implicano costi sempre maggiori che pongono il problema della sostenibilità economica del servizio sanitario.

Per il governo futuro della sanità siamo di fronte ad una scelta: accentrare tutto in grandi nosocomi oppure sviluppare delle reti tra ospedali di vari livelli che possano cooperare interagendo e integrandosi. Personalmente non ho dubbi che la seconda opzione sia da preferire, per varie ragioni. I grandi ospedali, a fronte di una supposta maggiore efficienza economica, sono molto più difficili da amministrare e da organizzare; la collaborazione tra le varie unità operative o servizi può essere più difficoltosa; le esigenze della popolazione possono essere meglio soddisfatte se l'offerta viene garantita da più ospedali sparsi sul territorio anziché da un unico grande ospedale cittadino; la gratificazione professionale, attraverso avanzamenti di carriera, per medici e infermieri, può essere più difficile in un unico grande nosocomio. Ciò non significa polverizzare l'offerta in tante piccole strutture, ma organizzare la rete con alcuni ospedali satelliti e un *hub*, cioè un ospedale centrale attorno al quale possono coesistere alcuni *spokes* che siano in grado comunque di fare una medicina di alto livello, sia quantitativamente che qualitativamente. Penso che l'organizzazione della sanità del futuro non possa prescindere da questo modello. Il lavoro da fare tuttavia, per una cooperazione integrata tra i vari ospedali, è ancora tanto, anzi direi che siamo solo agli inizi. Certamente le singole reti di patologia stanno dando dei buoni risultati, magari

con livelli di efficacia ed efficienza variabili a seconda dei casi. Le reti di patologia funzionano perché si crea un bisogno in un ospedale che non è in grado di fornire un trattamento e si rivolge all'ospedale che ha le competenze e le specializzazioni per far fronte al problema. In questo caso i presupposti sono chiari e la soluzione è semplice: il paziente viene trasferito, trattato e, alla fine, può anche tornare all'ospedale d'origine. Questo è successo nel caso clinico che ho illustrato. Ma il salto di qualità da fare è un altro: sviluppare un sistema sanitario coordinato e integrato in grado di garantire al paziente lo stesso livello qualitativo ovunque si faccia curare e dove la sede di cura è decisa dalla complessità della patologia. Una organizzazione a rete dove il modello *hub-spoke* è solo una delle opportunità organizzative, non l'unica. Un *network* nel quale il flusso di pazienti non va solo dall'ospedale più piccolo al più grande, ma può essere bidirezionale, e nel quale è contemplato anche un flusso di specialisti che, secondo le necessità, possono operare in più sedi.

Come detto sopra, **la dimensione degli ospedali andrebbe anche rivista.**

**Hanno senso ospedali con più di mille posti letto? È necessario essere molto grandi per affrontare trattamenti complessi?**

La giusta dimensione è importante non solo per gli aspetti manageriali e clinici, ma anche per quelli assistenziali e relazionali. Certamente un volume adeguato di attività è necessario per garantire ottimi livelli qualitativi e una efficiente economia di scala. **Ma qual è la dimensione giusta di un ospedale?** Dalla letteratura si evince che ospedali troppo grandi non funzionano, così come quelli troppo piccoli.

**Le migliori performance riguardo a efficacia ed efficienza si ottengono in strutture di 200-300 posti letto, mentre quando si va oltre i 600 le prestazioni calano.**

Anche il management probabilmente andrebbe modificato. L'organizzazione attuale del SSN e dei Sistemi Sanitari Regionali in tante, troppe, aziende ospedaliere o socio-sanitarie non aiuta a perseguire l'obiettivo di creare reti sanitarie allargate. **Attualmente si rischia una sorta di rivalità**, di concorrenza,

se non di vero e proprio antagonismo tra gli ospedali, che non serve certamente al cittadino ad essere curato meglio, gli crea spesso disorientamento e induce una competitività tra gli operatori sanitari **che è più funzionale alla loro ambizione che non alla cura dei pazienti**. Sarebbe quindi più utile un'azienda unica, per lo meno a livello provinciale.

Ma una sfida ancora più grande è quella di creare una rete tra ospedale e territorio, tra medicina ospedaliera e quella territoriale. Attualmente sono due mondi che viaggiano in parallelo e che convergono saltuariamente. Spesso il paziente viene curato in ospedale senza che il medico di famiglia sia informato. Le ragioni di tutto ciò sono tante. A partire dal diverso contratto di lavoro dei medici con la pubblica amministrazione: di dipendente in un caso e di libero professionista nell'altro.

**Lo svuotamento di contenuti della professione del medico di medicina generale è un altro motivo che impedisce una vera collaborazione tra ospedale e territorio.** Questa mancanza di interazione non è più tollerabile, se non altro per ragioni di sostenibilità economica che deve passare necessariamente attraverso una riduzione delle degenze e della loro durata. Per realizzare ciò è necessaria una medicina territoriale che sappia prevenire i ricoveri e che consenta all'ospedale dimissioni precoci garantendo una continuità assistenziale adeguata alle esigenze.

La recente legge 23 della Regione Lombardia sulla gestione della cronicità può

essere un passo importante verso questo obiettivo. La versione originale tuttavia non conteneva i presupposti necessari per la sua realizzazione. La recente revisione invece, che da un ruolo maggiore al medico di medicina generale, sembra più promettente. **Solo mettendo al centro del progetto per la gestione della cronicità il medico di famiglia si può pensare di costruire una rete sanitaria che funzioni bene.** Lo stesso modello di rete territorio-ospedale può essere applicato in generale, non solo alla gestione della cronicità, creando un network che ha come fulcro il medico di medicina generale; una sorta di *hub-spoke* che funzioni in senso contrario, dove l'*hub* intercetta i problemi e smista verso gli *spokes* che rappresentano la medicina specialistica e quella ospedaliera, ma che poi è in grado a sua volta di garantire un'assistenza di livello per pazienti dimessi dall'ospedale in tempi rapidi. In conclusione ritengo che la gestione della sanità del futuro vada rivista affinché possa essere economicamente sostenibile, ma non solo. Un'evoluzione che garantisca una maggiore interazione e integrazione tra gli ospedali, per lo meno a livello provinciale, è richiesto. Un contributo a perseguire questo obiettivo può essere dato da una efficiente organizzazione a rete, interospedaliera e tra ospedali e territorio. Che, se ben organizzata, dovrebbe costituire un sistema per assicurare un'efficacia clinica e assistenziale abbinate alla massima efficienza. ●

### Bibliografia

DGR n. X/5954 del 5/12/2016:

Regole di Sistema 2017.

Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017.

Levine SR, Gorman M. "Telestroke": The Application of Telemedicine for Stroke. *Stroke*. 1999;30: 464-469.

Audebert HJ et al. Effects of the implementation of a telemedical stroke network: the Telemedic Pilot Project for Integrative Stroke Care

(TEMPiS) in Bavaria, Germany. *Lancet Neurol*. 2006 Sep; 5(9): 742-48.

Switzer JA et al. Cost-effectiveness of hub-and-spoke telestroke networks for the management of acute ischemic stroke from the hospitals' perspectives. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2013; 6: 18-26.

Giancotti M et al. Efficiency and Optimal size of Italian Public Hospitals: Results from Data Envelopment Analysis. *EBPH*. 2018; 15 (4).

Roh CY, Measuring Performance of US Nonprofit Hospitals Do Size and Location Matter? *Public Performance & Management Review*. 2010; 34 (1):22-37.

Legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23. Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità). Regione Lombardia. Bollettino Ufficiale. Supplemento n. 33; 14 agosto 2015.

# Quale medicina per una società che invecchia

**Renzo Rozzini**

Fondazione Poliambulanza  
Istituto Ospedaliero

*“Anche se non pretendo di essere una specialista in geriatria, sono stata per anni molto interessata al problema dell’invecchiamento; oggi ritengo che solo il riconoscimento di una specializzazione medica specifica potrà affrontare il problema della cura dei pazienti anziani in modo appropriato. Solo in tempi relativamente recenti la pediatria è stata riconosciuta come specialità autonoma e per questo apprezzata: quando ero studente i bambini venivano ricoverati in reparti per adulti (non c’erano reparti a loro riservati), ritenendo che medici internisti e infermieri avessero competenza più che sufficiente per la loro cura. Oggi lo stesso atteggiamento vale nella cura degli anziani: il risultato è che l’attenzione loro riservata negli ospedali (priva di conoscenze specifiche) è nella maggior parte dei casi scadente e ugualmente inadatta quella erogata nei cronici, privi di qualsiasi armamentario*

*per la diagnosi, di strumenti per la ricerca e per terapia... Con questi punti in mente, e con la consapevolezza che il problema della cura degli anziani è destinato a crescere negli anni a venire, non posso che sostenere con forza l’inclusione della geriatria nel curriculum dello studente di medicina.”* Queste le parole di Marjory Winsome Warren (1897 –1960), considerata la madre della moderna geriatria, in un articolo pubblicato sul *British Medical Journal* il 25 dicembre del 1943. Sebbene le indicazioni della Warren fossero chiare più di 70 anni fa, in molti ospedali, anche di grandi dimensioni, reparti o sezioni dedicate ai pazienti anziani non hanno trovato luogo e complessivamente le modalità con le quali oggi la medicina affronta le malattie della popolazione longeva sono spesso insufficienti.

La geriatria e la gerontologia hanno ugualmente prodotto negli anni conoscenze robuste che possono essere condivise dalla maggior parte dei medici e che permettono di guidare la cura delle persone che invecchiano: si potrebbe parlare di “canone geriatrico”, cioè la lista dei fondamenti del sapere geriatrico (paradigmi, principi, lessico di riferimento), patrimonio da cui trarre ispirazione negli atti di cura e sui quale fondare la medicina geriatrica del domani.

## **a) I determinanti della salute dell’anziano (secondo il “canone geriatrico”)**

Le persone invecchiano in modi diversi e con velocità diverse. Le condizioni mediche, le sindromi cliniche, gli stili di vita e le storie personali sono diverse per ogni paziente, coesistono, si sviluppano in parallelo e interferiscono tra loro attraverso *loop di feed back* e *feed forward*; il fenotipo dell’invecchiamento (le caratteristiche del paziente, cioè sua salute) è la risultante delle loro interazioni. Ciò spiega le ragioni per cui persone della stessa età hanno diversi rischi di disabilità e di morte.

Lo stato di salute di un paziente anziano è la risultante dei seguenti fattori:

- ✓ Modificazioni proprie del passare degli anni, legate al mero invecchiamento:
  1. Modificazioni della composizione corporea.
  2. *Resetting* dell'equilibrio tra disponibilità e domanda energetica.
  3. Disregolazione omeostatica.
  4. Fenomeni di neurodegenerazione.
- ✓ Patologie croniche età-specifiche:

Nel mondo occidentale il passare degli anni vede l'emergenza di patologie croniche specifiche in fasce d'età diverse: dai 60 ai 75 anni quelle più frequenti sono il cancro, l'osteoartrosi, l'ipertrofia prostatica benigna, la cataratta, la malattia diverticolare del colon, il diabete mellito di tipo 2 e la sordità; dopo i 75 anni le patologie più frequenti sono la fibrillazione atriale, la demenza, la malattia renale acuta e cronica, lo scompenso cardiaco, la cardiopatia ischemica, l'anemia e l'osteoporosi. Queste condizioni generalmente coesistono configurando in ogni paziente aspetti di multimorbilità (copresenza di due o più malattie o condizioni mediche croniche). Le patologie croniche co-presenti possono essere: somatiche o psichiche; concordanti (che condividono gli stessi fattori di rischio: es.: scompenso cardiaco e FA; depressione e ansia); co-occorrenti e non concordanti (es.: scompenso cardiaco e ca prostata o demenza; depressione e psicosi o BPCO); più o meno gravi (es.: scompenso cardiaco NYHA II o IV; BPCO Gold II o IV). Le patologie croniche possono avere un impatto prevalente sulla sopravvivenza (es.: scompenso cardiaco, BPCO); oppure sulla disabilità (es.: poliartrosi, neuropatia periferica, demenza); un'evoluzione breve (es.: ca polmone) o lunga (es.: distimia, demenza); un impatto variabile sull'utilizzo dei servizi sanitari (es.: BPCO, poliartrosi).

- ✓ Le modificazioni biologiche età dipendenti e la presenza di patologie croniche, sebbene non ne siano le sole responsabili (entrano infatti in gioco anche stili di vita, trattamenti farmacologici e non) esitano a loro volta in condizioni di fragilità e disabilità. Fragilità è la condizione di ridotta efficienza omeostatica che si manifesta dopo un evento stressante; la disabilità è la compromissione della capacità della persona di espletare autonomamente, anche se con ausili, le attività fondamentali della vita quotidiana. La disabilità ha un ampio spettro di manifestazioni: può insorgere sia acutamente come conseguenza di una patologia che ha un impatto rilevante sull'apparato locomotore (ad esempio uno stroke o una frattura di femore) o quando il substrato clinico è molto fragile (ad esempio la polmonite in un paziente malnutrito e con grave comorbilità) oppure può manifestarsi progressivamente iniziando in modo subclinico: è il caso delle condizioni non fatali; la situazione subclinica indica un elevato rischio di successiva disabilità clinicamente manifesta.
- ✓ L'impatto complessivo della multimorbilità, dell'età, della gravità delle singole malattie, della loro durata, della fragilità e/o della disabilità che ne consegue configura un diverso carico di morbilità (burden della morbilità).
- ✓ L'impatto del burden della morbilità e dei fattori extra-clinici correlati alla salute: sesso, rete e supporto sociale, disponibilità assistenziali, economiche, capacità di utilizzare i servizi, ecc si definisce come complessità clinica. I pazienti che non hanno una rete sociale significativa possono non avere informazioni o feedback necessari, mentre le persone che hanno un adeguato supporto sociale possono essere in grado di far fronte alle modificazioni implicite nel loro invecchiare e alle crisi connesse (mediche e sociali).



**1.** *Statement: La medicina dell'età avanzata deve considerare la salute del paziente quale risultante di malattie co-presenti, di fragilità e disabilità, di aspetti extraclinici (complessità).*

### **b) La quantificazione della salute (l'assessment geriatrico)**

Le modalità specifiche di studio della salute della persona anziana, che prendono in esame i vari aspetti delle funzioni che concorrono a determinarla, vengono indicate col termine complessivo di valutazione multidimensionale (VMD) (in lingua anglosassone: "assessment").

Questa modalità, attraverso l'utilizzo di scale e strumenti specifici, consente di individuare un piano di intervento sanitario (ma anche sociosanitario) mirato al singolo individuo. Gli scopi e le caratteristiche della VMD sono di arrivare a una conoscenza delle determinanti di salute dell'anziano, delle sue necessità, di consolidare un metodo di lavoro, di misurare i risultati di un intervento, di offrire un linguaggio comune tra professionisti diversi (lessico della geriatria), di individuare gruppi a rischio e di tradurre i bisogni assistenziali in organizzazione. Robuste evidenze scientifiche hanno dimostrato che: a) la cura dell'anziano guidata dalla valutazione multidimensionale ne riduce la mortalità, contrasta la disabilità dopo un evento acuto, riduce l'istituzionalizzazione, i costi economici e sociali; b) permette un piano di assistenza personalizzato; c) guida le scelte diagnostico-terapeutiche evitando l'approssimazione.

La valutazione multidimensionale dell'anziano può avere molteplici impieghi (e per questo è da effettuare con strumenti diversamente articolati): può avere fini diagnostici, prognostici o di screening, può essere utilizzata per decidere uno specifico trattamento oppure per indirizzare verso un luogo più appropriato di cura, può essere utile come base per definire le indicazioni ad una procedura o per valutare l'efficacia di un programma di cura, può essere fatta per definire l'eleggibilità a specifici servizi.

**2.** *Statement. La valutazione multidimensionale è il prerequisito per ogni processo di cura dell'anziano. Permette di a) migliorare l'accuratezza diagnostica; b) selezionare gli interventi realmente necessari per recuperare o preservare la salute; c) raccomandare il miglior contesto ambientale/organizzativo per l'assistenza; d) predire i verosimili esiti; e) monitorare i cambiamenti clinici nel tempo; f) assumere le decisioni conseguenti.*

### **c) Le priorità di salute degli anziani e delle loro famiglie: i desideri**

Le aspettative dei pazienti anziani possono essere comprese nell'arco definito due condizioni opposte. Da un lato vi sono pazienti che hanno aspettative molto povere, ritengono (e non infrequentemente i medici hanno generato e sostenuto questa convinzione: "ageismo") che i loro problemi, anche gravi, o la loro preoccupazione relativa allo stato di salute, siano ineludibili correlati dell'invecchiamento e non valga la pena una valutazione medica. Credono e viene fatto loro credere che nulla possa essere modificato. Quando vanno dal medico, la malattia è inevitabilmente avanzata, il trattamento può essere ormai esclusivamente palliativo, le loro convinzioni vengono spesso confermate. Dall'altro lato vi sono pazienti con grandi aspettative, sono convinti che la medicina possa risolvere qualsiasi loro problema di salute e che la loro condizione sia conseguenza di un trattamento mancato o inadeguato piuttosto che manifestazione di patologia inguaribile: credono nella medicina come nella magia, sono convinti, qualunque sia il loro problema, che tutto possa o avrebbe potuto essere fatto. Questa fascia di pazienti sempre più diffusa.

La fede nella medicina onnipotente è dovuta in buona parte agli oggettivi

progressi in campo medico del secolo scorso (il periodo dal 1935 al 1985 è stato giustamente considerato “età dell’oro” della medicina). La realtà è oggi purtroppo diversa. Sebbene la ricerca sia cresciuta in modo esponenziale rispetto ai risultati raggiunti nell’età dell’oro, i progressi a vantaggio dei pazienti sono stati modesti, e con alcune eccezioni (si pensi all’HIV e all’epatite C) certamente non spettacolari. Oggi, nei paesi ad alto reddito, la medicina contribuisce relativamente poco alla salute del cittadino (si pensi ad esempio agli Stati Uniti; il sistema sanitario americano dà le cure migliori, ma la salute degli americani non è la migliore: la speranza di vita della popolazione americana, nonostante la spesa sanitaria pro capite sia tre volte quella italiana, è di 79 anni, di circa 5 anni inferiore a quella italiana, di quasi 84 anni); i driver primari della cattiva salute sono la povertà, la mancanza di istruzione e la deprivazione socioeconomica. La convinzione che la medicina possa fare tutto è però ugualmente diffusa. Chi lavora in ospedale è quotidianamente testimone dell’insoddisfazione di pazienti e familiari. Nonostante il semplice buon senso potrebbe indicare che in una condizione di fragilità dopo qualsiasi tipo di trattamento o procedura la restituzione all’integrità sia velleitaria, neppure con il miglior intervento riabilitativo, questa ineludibile perdita viene considerata malpratica piuttosto che incapacità dell’organismo a guarire. Diffusa è anche l’idea che la diagnostica (e la consulenza specialistica) equivalga alla terapia, lo strumento per ottenere la guarigione (i lunghi tempi di attesa per un esame sono diventati psicologicamente insostenibili). Quando questo non occorre, come frequentemente avviene per le malattie degenerative e nella vecchiaia, le aspettative, irrealistiche, non sono soddisfatte, l’operato medico delude.

**3.** *Statement. Molte malattie dell’età avanzata sono sottodiagnosticate o mal trattate, specie nelle classi sociali più povere (l’ageismo porta a ritenere che gli svantaggi dell’età avanzata siano propri nell’invecchiamento). In altri casi le aspettative del cittadino sono irrealistiche e superano la possibilità di guarigione. Da un lato è necessario educare i pazienti, i familiari e la classe medica a distinguere la malattia dalla vecchiaia, dall’altro educare alla finitezza, alla rinuncia, all’abbassamento umile degli obiettivi che deve darsi l’esistenza umana invece della divinizzazione della medicina (all’“apostasia della medicina come religione”).*

### **d) Conciliare le potenzialità della medicina con le aspettative dei pazienti**

Il medico, definito lo stato di salute del paziente, deve valutare le indicazioni realistiche a un trattamento e fare in modo che queste vadano incontro ai desideri e alle priorità dei pazienti.

La capacità di prendere decisioni relative alla propria salute comporta le capacità di esprimere una scelta, di comprenderne le relative informazioni e di capire le conseguenze di una decisione. Sebbene l’abilità decisionale sia compromessa tra i pazienti con deterioramento cognitivo moderato e grave (circa la metà delle persone con demenza moderata o grave non sono in grado di prendere decisioni relative ai loro bisogni medico-assistenziali) la quasi totalità di chi è sano e circa l’80% di chi soffre di decadimento cognitivo lieve la mantiene integra. Nella valutazione di un paziente anziano in primo luogo si devono stabilire i suoi obiettivi di vita in generale (ad es. vivere più a lungo possibile? vivere in modo indipendente?), poi delineare una prognosi, definire il trattamento, e infine fare raccomandazioni di sintesi. Definita la priorità degli obiettivi il medico dovrà discutere la fattibilità dei processi di cura. La prognosi della patologia indice

e quella legata allo stato di salute globale (comorbidità, fragilità, disabilità) dovrà guidare la scelta del trattamento; ad es. la decisione di operare per un tumore asintomatico in fase iniziale è diversa in un paziente anziano robusto rispetto a chi è fragile, o con un'aspettativa di vita limitata. Anche se l'età è importante nella determinazione della speranza di vita, la multimorbidità e il danno funzionale possono influenzare fortemente la prognosi complessiva.

Anche quando il paziente è anziano il medico dovrà continuare porsi le due più semplici domande che stanno alla base della professione: a) a chi giova quello che faccio, e b) rende la vita più vivibile al paziente?

Priorità chiare, comprese e condivise dai pazienti, dai loro familiari o assistenti e dai medici possono portare a cure meno onerose, meglio integrate e, soprattutto, coerenti con ciò che è più importante per i pazienti.

**4.** *Statement. Ogni scelta terapeutica deve rappresentare la sintesi tra i desideri del paziente e le potenzialità dell'atto medico o chirurgico. Ogni procedura deve nascere non solo dalla valutazione dei potenziali benefici teorici, ma commisurarsi con gli outcome attesi.*

### e) Il paziente anziano nella comunità

In molti casi nell'età avanzata gli interventi in grado di giovare ai pazienti, di rendere loro la vita più vivibile, sono legati alla vita di relazione, alla capacità del paziente di mantenere legami con la comunità o alla capacità della comunità di fare in modo che il cittadino anziano senta di esserne parte.

Un medico che prescrive terapie, che fa interventi senza porsi il problema non solo se il paziente ne possa trarre vantaggio biomedico (di funzione, di vita), ma se la sua vita sarà percepita come più vivibile (soddisferà le sue aspettative di

salute?) probabilmente non è già oggi più accettabile e lo sarà ancor meno in futuro. In una persona fragile, cioè predisposta alla rottura, non solo le malattie di per sé, ma anche il milieu in cui il paziente vive sono fondamentali per l'equilibrio salute: entrambi sono in grado di condizionarsi in senso più frequentemente peggiorativo. Il medico della vecchiaia dovrà tener conto di come la complessità del milieu di vita possa modificare la traiettoria della salute: dovrà conoscerne il peso sulla malattia. Un supporto sociale non adeguato può precludere un trattamento complesso; con questo in testa il medico dovrà prescrivere i trattamenti.

La medicina della vecchiaia non può ignorare gli aspetti sociali della salute: la solitudine, la povertà economica, gli ambienti di vita, il clima. Il medico dell'età avanzata dovrà coniugare il suo sapere all'impegno civile.

**5.** *Statement. La medicina degli anziani deve essere consapevole del peso delle condizioni extracliniche sulla loro salute.*

### Conclusioni

- La geriatria moderna è nata agli inizi degli anni '80, negli ultimi anni dell' "età dell'oro" della medicina. Della medicina dell' "età dell'oro" ha raccolto l'entusiasmo, i risultati positivi, le aspettative. Partendo da un livello di attenzione ai problemi della vecchiaia molto scadente ha ottenuto risultati straordinari (talora convincendosi che tutto fosse possibile). In molti casi, più che di interventi specifici, si è trattato delle conseguenze di una semplice attenzione ai bisogni semplici, dapprima negletti, manifestazione di un diffuso e intollerabile ageismo.
- L'adesione alle linee guida ha portato anche in età avanzata alla diffusione di trattamenti "guidati" per ogni patologia, a prescindere dallo stato di salute del paziente. Questa

attitudine è stata responsabile di inutili politrattamenti e di iatrogenesi: oggi, per multimorbilità, fragilità, disabilità e complessità la disponibilità di linee guida è veramente povera.

- Il rischio che anche patologie non gravi o interventi di bassa invasività non consentano al paziente fragile di recuperare l'integrità funzionale pre-morbosa è elevato (lo stato di salute di un paziente "fragile" dopo un intervento di chirurgia minore può convertire uno stato di disabilità preclinica in uno stato di franca disabilità in grado di condizionare a sua volta in modo indipendente la storia di salute del paziente).
- È necessario ammettere che la guerra contro la morte non si può vincere e invece concentrare le nostre energie su una maggior condivisione di ciò che già sappiamo e abbiamo, verso una medicina che valorizza la cura e il sollievo della sofferenza: «rendere le condizioni della vita umana ovunque più sopportabili».
- È possibile ridefinire gli scopi del nostro essere medici della vecchiaia, ritrovarne il senso? È improbabile, ma necessario. ●



#### Bibliografia

O'Mahony S. *The art of medicine. After the golden age: what is medicine for?* *Lancet*. 2019 May 4;393(10183):1798-1799.

Rozzini R. *The geriatric canon*. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2019 Apr 5;89(1).

# Lavorare insieme: la relazione tra medici e infermieri

**Stefania Pace**

*Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Brescia*

L'integrazione professionale è una strategia irrinunciabile per la gestione dei problemi di salute, soprattutto se complessi e correlati alle fragilità dell'invecchiamento e della cronicità. **L'interazione tra professionisti prelude all'interdipendenza e di conseguenza alla collaborazione, che vuol significare: lavorare insieme, comunicare, condividere le scelte e le decisioni**<sup>1</sup>. Per gli infermieri, un buon ambiente lavorativo è determinato dalla comunicazione e da un processo decisionale integrato<sup>2</sup>, ma storicamente la relazione tra medici e infermieri non è mai stata fluida, né in Italia né altrove: gli infermieri lamentano uno ristretto interesse dei medici nella relazione interprofessionale; i medici sembrano talvolta eludere interazioni nei processi decisionali e coinvolgimento di gruppo<sup>3</sup>. Tuttavia, quando medici e infermieri sono chiamati a descrivere la collaborazione concordano sul contenuto: lavorare insieme condividendo le responsabilità della cura e dell'assistenza, le informazioni, il coordinamento del lavoro e le decisioni.

**La collaborazione ha un effetto positivo sulla qualità di vita della persona ospedalizzata, sulla**



durata della degenza, sui costi, sul numero di visite, sulle riammissioni non programmate, sull'adesione alle linee guida di trattamento, sulla soddisfazione, su incidenti e complicanze, su sopravvivenza e mortalità<sup>4</sup>.

I vantaggi che derivano dalla collaborazione medici-infermieri sono talmente evidenti che oggi non è più sostenibile per un verso, tollerabile per un altro, né una compartimentazione gerarchica e funzionale né una elusione delle forme di comunicazione responsabile nei servizi di pubblica utilità come quelli sanitari.

Uno dei nodi cruciali per il riconoscimento tra professioni e professionisti è senz'altro la competenza, intendendo per competenza un aggregato di conoscenze, abilità e comportamenti osservabili, agiti.

Focalizzare il senso pratico della competenza può diramare qualche nube sulla percezione della richiesta di sviluppo delle competenze degli infermieri. In questo senso la formazione è fondamentale sin dalle aule universitarie: se il modello collaborativo tra medici e infermieri è contemplato nella didattica, ha la possibilità di essere sostenuto e rinforzato nella pratica quotidiana propria di medici e infermieri in equipe. **La collaborazione, la comunicazione, l'integrazione professionale ha dunque una connotazione culturale e formativa, prima che professionale o tecnica.**

Nel 2018, la riforma ordinistica delle professioni sanitarie non mediche ha posto gli infermieri di fronte ad un quesito apparentemente banale e, al tempo stesso, cruciale: di quale assistenza infermieristica ha oggi bisogno il cittadino? È legittimo che una professione si interroghi alla luce della mutazione dei bisogni delle persone e del loro tessuto sociale, traducendo le evidenze narrative, epidemiologiche in programmi formativi, in competenze specialistiche e in progetti, prima che cogenti, sperimentali? La risposta non può che essere affermativa: l'infermiere deve orientare il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività<sup>5</sup>. Gli infermieri oggi debbono raccogliere le sfide dell'invecchiamento e dell'aumentata attesa di vita, così come dello sviluppo tecnologico biomedico assieme alla digitalizzazione della sanità e della pubblica amministrazione. Sono questi fenomeni che investono ineludibilmente anche i medici, a conferma che i cambiamenti coinvolgono, ancora una volta insieme, la diade medico-infermiere, quasi senza soluzione di continuo tra politica ed esercizio professionale. Medici e infermieri bresciani, peraltro, svolgono la loro professione in un Servizio Sanitario Regionale, quello lombardo, per alcuni versi avanzato ed evoluto, per altri rimaneggiato e incompleto. Per lavorare sulla complessità assistenziale, sugli organici ospedalieri, sulla continuità assistenziale, sull'assistenza di famiglia, bisognerà parlarsi, comunicare, collaborare, superare magistralmente quelle remore e inerzie che la storia racconta. Si deve insomma provare a narrarne una nuova di storia, empatica, collaborativa e scientifica, dove è il bisogno dei cittadini ad aggregare le competenze e ad orientare la riflessione in tema di autonomia e responsabilità dei professionisti. ●

- 1 Quaglino GP, Casagrande S, Castellano AM. Gruppo di lavoro-Lavoro di gruppo. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1992.
- 2 Larson E. The impact of physician-nurse collaboration on patient care. *Hol Nurs Pract* 1999; 13(2): 38-46.
- 3 Zwaresstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. UK: Cochrane Collaboration Review, 2000.
- 4 Brolis R, Pastal N, Pavoli R. Lavorare in gruppo: la collaborazione medici-infermieri. *Ass Inf Ric* 2006; 25: 84-87.
- 5 FNOPI. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019: art. 2.

# I nuovi ruoli dei Farmacisti bresciani e l'evoluzione della Farmacia

**Francesco Rastrelli**

*Presidente dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di Brescia e Delegato Regionale degli Ordini della Lombardia*

In un contesto di continuo cambiamento dei bisogni sanitari della popolazione, le storiche figure di riferimento sono pronte e sempre più allineate per rivedere il loro ruolo tradizionale e poter dare risposte più puntuali e mirate ai cittadini e ai loro bisogni. Tenuto conto, anche, che il sistema sanitario nazionale, di cui si sono da poco celebrati i quarant'anni della sua istituzione, deve fare i conti con risorse limitate. E non solo economiche.

**Dunque, in questo scenario qual è il nuovo ruolo del farmacista e della Farmacia ?**

Si è parlato molto, negli ultimi anni, della "farmacia dei servizi". Se n'è parlato soprattutto tra i farmacisti convinti che la carta vincente sia la professionalità. Oltre, dunque, l'aspetto meramente commerciale in cui il rischio concreto è di essere spazzati via da competitori economicamente molto solidi.

È con questa consapevolezza che negli ultimi anni i farmacisti hanno partecipato ai diversi tavoli regionali per discutere dell'applicazione della legge di riforma di Regione Lombardia e, in particolare, della



parte che riguarda la gestione della cronicità. La cura dei malati cronici è la vera sfida del nostro tempo ed è persino superfluo ricordarlo in un articolo che viene pubblicato sulla prestigiosa "Brescia Medica", la rivista dell'Ordine professionale dei medici di Brescia.

Non è superfluo, credo, ricordare invece che la parola alleanza, di cui spesso si è abusato ma che rimane auspicata, tra medico e paziente, dovrebbe essere declinata anche tra medici di medicina generale, specialisti, Farmacie e altre figure professionali che

hanno un importante ruolo nel percorso di malattia. Una sfida complessa alla quale i farmacisti bresciani non si sono sottratti, raggiungendo un livello di collaborazione virtuosa grazie al loro coinvolgimento nel Pdta, il percorso diagnostico terapeutico assistenziale.

Il progetto di collaborazione è stato selezionato tra le iniziative più interessanti a livello nazionale durante il convegno Farmacista Più 2018 che si è svolto lo scorso ottobre a Roma.

**Aderenza terapeutica, appropriatezza delle cure e funzionalità della Farmacia dei Servizi sono i punti cardine del progetto**, per far sì che le migliaia di persone affette da patologie croniche - diabete ed ipertensione in primis, a seguire asma e BPCO - non solo assumano i farmaci prescritti dai medici, ma che li assumano correttamente, rispettando modalità e posologia e, soprattutto, fruiscono dei nuovi servizi della farmacia, come i servizi cognitivi di *pharmaceutical care* (presa in carico, consulenza sull'utilizzo dei medicinali) e le prestazioni analitiche, in modo appropriato.

Il risultato di questo impegno produce benefici innanzitutto per i pazienti perché riuscire a tenere sotto controllo la malattia significa evitare ulteriori visite e ricoveri. Significa, soprattutto, avere una buona qualità di vita.

Poi, anche il sistema sanitario ne trae beneficio, perché l'aderenza alle terapie riduce i costi della cura.

**Che i farmacisti siano sempre più integrati nel percorso di cura è un dato ormai irreversibile e non credo che il recente accordo sottoscritto dai medici di Medicina generale e Regione Lombardia vada nella direzione di escludere un importante tassello del nostro Servizio sanitario.**

L'intesa, lo ricordo, è stata firmata da Regione e due importanti sindacati medici, quali Fimmg e Snam, e prevede che i medici di medicina generale possano eseguire direttamente prestazioni di telemedicina, esami ematochimici con metodologia *Point of care testing* nei confronti dei loro assistiti. Nell'accordo si fa riferimento alla delibera regionale del 17 dicembre scorso (la XI/1046).

Tuttavia, nella stessa delibera, si legge testualmente che **“le farmacie sono un punto di riferimento per la persona con cronicità e per i suoi familiari, perché rappresentano il più agevole e frequente punto di accesso”** in pratica, rappresentano un presidio sanitario a pieno titolo, come definite nella legge regionale del Marzo 2017, sull'evoluzione dell'assistenza farmaceutica.

*“La Regione Lombardia, al fine di garantire presidi di prossimità per un immediato accesso alle cure e ai servizi sanitari e sociosanitari, promuove la valorizzazione della rete delle farmacie territoriali. In aggiunta alle funzioni già normate di distribuzione di farmaci e presidi sanitari, nonché di utilizzo di apparecchi di autodiagnostica rapida finalizzata a rilevamenti di prima istanza, anche in base alle attività della farmacia dei servizi previste dal [decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153](#) (Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'[articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69](#)), alle farmacie sono affidati nuovi ruoli che si traducono in una sempre maggior partecipazione alle attività di prevenzione e ai processi di cura”.*

E, tra gli obiettivi 2019, vi è “la stampa del promemoria cartaceo direttamente in farmacia, senza necessità per il paziente di recarsi dal medico di famiglia o dallo specialista ospedaliero per ritirare la ricetta in formato cartaceo”. Si fa riferimento, anche, al “coinvolgimento nell'aderenza terapeutica del paziente nel modello Pic relativo alla presa in carico dei soggetti cronici”. Nel merito, sono in fase di approfondimento “le nuove modalità di integrazione tra il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta e lo specialista ospedaliero in merito alla prescrizione dei farmaci, al fine di agevolare l'erogazione diretta dei farmaci previsti nel Piano di assistenza individuale (Pai) presso le farmacie del territorio, anche solo inserendo la tessera sanitaria”. ●

# Medici di Medicina Generale e Farmacisti territoriali: "un matrimonio che s'ha da fare"

**Ovidio Brignoli**

*Medico di Medicina Generale*

## Premessa

La domanda di salute di una popolazione che è sempre più complessa e articolata, a fronte di risorse limitate. Per garantire la sostenibilità del sistema è necessario ridisegnare il modello della sanità territoriale, affidando al MMG supportato da personale amministrativo e sanitario (team delle cure primarie) la prevenzione e cura delle malattie croniche ma anche di tutte le patologie che possono essere trattate al domicilio del paziente. Sul territorio inoltre sono presenti ed attive le farmacie convenzionate che sono un presidio sanitario indispensabile per l'assistenza sanitaria e punti di riferimento per i cittadini. Per migliorare l'assistenza territoriale è necessario rivedere l'organizzazione della medicina generale e creare una collaborazione concreta con i farmacisti convenzionati. Medici e farmacisti esercitano una professione intellettuale i cui valori etici, ciascuna per il proprio specifico ambito, trovano radice nel principio del rispetto della vita e della tutela

della salute fisica e psichica delle persone e nel sollievo della sofferenza, basando l'attività sui principi di libertà, autonomia e responsabilità individuale. Negli ultimi anni entrambe le figure si trovano a descrivere il proprio ruolo professionale in contesti in rapida evoluzione in cui si ha necessità di rendere la spinta dell'innovazione, indispensabile per il sistema nel suo insieme, funzionale ad un miglioramento dell'offerta assistenziale che, nel contempo, preservi e rafforzi il ruolo svolto.

## Le farmacie territoriali in Italia

In forma breve riassumo alcuni dati sul Sistema Farmacia nel nostro paese

- **La capillarità:** in Italia operano circa 18.000 farmacie, una ogni 3.374 abitanti.
- **La vicinanza al cittadino:** la farmacia è di facile accesso, direttamente dalla strada, senza bisogno di prenotare e senza dover fare lunghe file: ogni giorno entrano in farmacia **4 milioni di cittadini**.



- **Credibilità e fiducia del farmacista:** il farmacista usa un linguaggio semplice e comprensibile, si mette dalla parte del cittadino per farsi capire.
- **La professionalità degli operatori:** nelle farmacie italiane operano 60.000 farmacisti a disposizione dei cittadini 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.
- **Radicalamento sul territorio:** tutte le farmacie sono **collegate in rete, telematicamente e logisticamente**, e ciò permette di monitorare i consumi di farmaci e la spesa, ma anche di erogare servizi sanitari su tutto il territorio nazionale, anche nei centri minori.
- **La sicurezza:** i programmi di farmacovigilanza consentono alle farmacie di ritirare dal mercato, nel giro di poche ore, qualsiasi farmaco o prodotto rivelatosi dannoso per la salute
- **Il rapporto con il SSN:** tutte le farmacie sono necessariamente convenzionate con il SSN.

### Riferimenti normativi

Sulla scorta di questa premessa e di questi dati sul Sistema Farmacia è necessario quindi ridefinire relazioni di qualità tra Medici di Medicina Generale e farmacisti di territorio tenendo conto delle norme che regolano il rapporto tra queste figure professionali.

Il rapporto tra il SSN e i medici di medicina generale e le farmacie è regolato dall'articolo 8, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni, che individua, rispettivamente al comma 1 e al comma 2, la convenzione medica e la convenzione farmaceutica come strumenti per definire i termini di collaborazione dei due presidi con il sistema sanitario pubblico.

Il decreto-legge n. 158/2012, convertito nella legge n. 189/2012 (cosiddetta "Legge Balduzzi"), ha individuato un modello di riorganizzazione delle cure primarie sul quale è ulteriormente intervenuto il Patto per la Salute 2014-2016. Le modalità attuative di tale riorganizzazione dovranno essere definite dagli accordi convenzionali.

Il Patto per la salute, inoltre, individua, all'articolo 5, comma 7, la Medicina di

iniziativa e la Farmacia dei servizi come "modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità." Nella diapositiva 1 gentilmente concessami dal Senatore Mandelli Presidente della Federazione Nazionale Ordini Farmacisti Italiani sono riassunti tutti i dispositivi di legge emanati fino al 2018 che coinvolgono i Farmacisti nella assistenza e cura dei cittadini .

In particolare è necessario riflettere sul ruolo della Farmacia dei Servizi sancita dalla legge 69/2009 tuttora in corso di attuazione e dal successivo decreto 153/2009 che ha definito il progetto operativo per l'erogazione in farmacia di nuove prestazioni di valenza socio sanitaria quali:

- ☞ Assistenza domiciliare integrata;
- ☞ Test diagnostici di prima istanza e screening;
- ☞ Prestazioni, in farmacia e a domicilio, di altri operatori socio-sanitari come infermieri e fisioterapisti;
- ☞ Protocolli di monitoraggio per il corretto uso dei farmaci e sull'aderenza alle terapie;
- ☞ Programmi di educazione e prevenzione sanitaria;
- ☞ Servizi di front-office del SSN: Prenotazione di visite specialistiche con pagamento del ticket e ritiro del referto in farmacia.

Appare del tutto evidente che pur salvando le buone intenzioni del legislatore esistono numerose aree operative nelle quali è necessario che farmacisti e medici si confrontino e insieme concordino le modalità operative per evitare sovrapposizioni o ridondanza.

Appare pertanto importante rivalutare il principio espresso nella Legge 502, da sempre poco utilizzato e non adeguatamente rappresentato negli Atti di indirizzo della MG e né delle Farmacie, della collaborazione interprofessionali tra le due figure, che

appare ancor più necessaria alla luce della riorganizzazione territoriale in atto in cui si ritiene utile sviluppare un modello che veda queste due figure contigue, complementari rispetto all'assistenza.

### Cosa fare concretamente

Alla luce del ruolo che i medici e le farmacie svolgono all'interno del sistema e di quanto previsto dalla normativa vigente riporto alcuni passaggi di un documento elaborato dalla FIMMG e Federfarma che contiene alcuni punti per una riflessione sul tema.

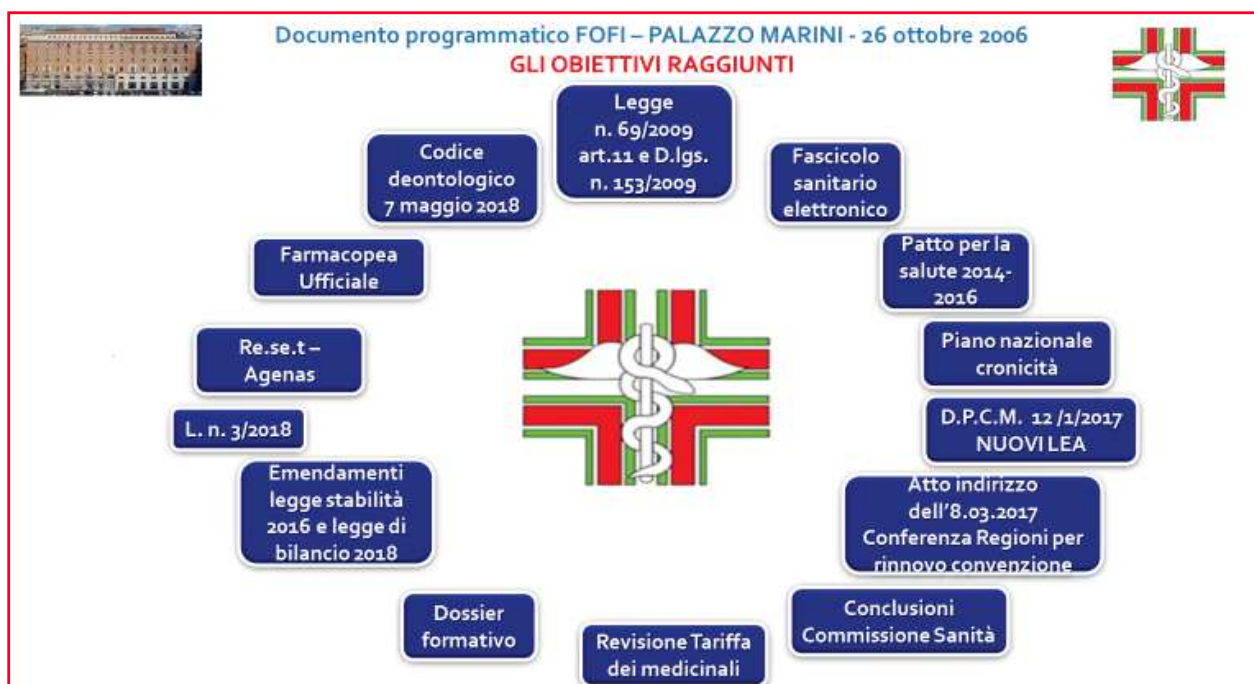
- la riorganizzazione delle cure primarie deve essere incentrata sul medico di medicina generale e sulla farmacia, tenendo conto dei ruoli che questi presidi svolgono all'interno del sistema, delle ulteriori prestazioni che potranno erogare alla collettività, ma soprattutto dell'autonomia professionale che caratterizza il loro operato, della presenza capillare sul territorio e del rapporto di fiducia che si instaura tra professionista e cittadino. In quest'ottica i Medici di Medicina Generale e i Farmacisti territoriali si impegnano ad una preventiva consultazione reciproca che abbia come fine la riaffermazione del rispettivo ruolo professionale in occasione della formulazione di Leggi, Norme o soluzioni che di volta in volta possano essere proposte.

- le modalità concrete della

riorganizzazione territoriale della medicina generale e del servizio farmaceutico devono essere definite nelle rispettive convenzioni nazionali che devono:

- essere rinnovate rapidamente e contestualmente affinché ciascuna convenzione possa tenere conto di quanto previsto dall'altra, puntando a valorizzare la collaborazione interprofessionale;
- essere coordinate tra loro per garantire la sinergia tra le attività dei due presidi territoriali;
- avere una validità temporale certa e cogente, affinché le regole possano essere aggiornate costantemente in relazione alle modifiche sopravvenute a livello normativo, economico e sociale;
- avere validità su tutto il territorio nazionale, fatte salve specifiche esigenze territoriali, per garantire l'omogeneità dell'assistenza in tutto il Paese.

I rapporti tra medico di medicina generale e farmacia devono essere rafforzati tenendo conto proprio dell'evoluzione dei modelli assistenziali, nel rispetto della complementarità dei ruoli, evitando automatismi o meccanismi impositivi e valorizzando e incentivando invece le forme di collaborazione e di dialogo a vantaggio del cittadino. ●



# Carmelo e la sua mamma

Brescia, Dicembre 1997



**Adriana Loglio**

Già medico di Medicina Generale

**N**ovembre 1992: Carmelo, figlio unico e bravo ragazzo con fidanzata, ha 28 anni quando scopriamo che ha una leucemia mieloide cronica. Inizia la terapia con interferone e la ricerca affannosa quanto senza esiti di un donatore di midollo compatibile. L'interferone mantiene controllata la malattia ma tutti sappiamo (loro e io) che in caso di crisi blastica non ci sarebbe più nulla da fare. Per due volte sembra esserci un donatore, ma esami più approfonditi lo fanno scartare. Agli inizi del '96 la fidanzata si dà da fare e lo fa vedere a Perugia, dove dopo alcuni accertamenti anche sui genitori prospettano l'eventualità di un trapianto, dopo opportuna stimolazione-condizionamento, di cellule staminali emopoietiche periferiche da madre a figlio. Assicurano l'ottimo esito del trattamento. Con l'interferone possiamo andare avanti ancora anche per 2-3, forse più anni in attesa di un trapianto compatibile ma, se nel frattempo si verificasse una crisi blastica? Nessuno (mamma, fidanzata, lui, il papà conta poco) se la sente di aspettare "senza fare niente". A Perugia sono molto, troppo ottimisti. Per me la fanno troppo facile e non nascondo la mia perplessità a Carmelo, anche dopo aver parlato personalmente con i responsabili del reparto. Ma lui è stufo di aspettare, o la va o la spacca, lo sa, ma non ce la fa più a continuare così. In occasione di un paio di incontri, con le lacrime agli occhi ed è la prima volta, mi ribadisce la sua decisione. Si decide quindi per l'intervento. L'interferone va sospeso alcuni mesi prima: comincia il conto alla rovescia. Il ricovero avviene nel marzo 1997. Dopo due

mesi di degenza e terapia l'intervento viene effettuato il 28 maggio. Dopo una settimana compaiono febbre elevata e addensamenti polmonari multipli (TC +agoaspirato ripetuto due volte in venti giorni: ife settate di Candida Albicans) dosi massicce di farmaci più infusione di linfociti della donatrice e lieve, lento miglioramento. Carmelo viene dimesso, in data 21 luglio 1997. Vicino all'ospedale vi è una specie di residence con miniappartamenti per i parenti e i degenti in fase di convalescenza che devono effettuare controlli giornalieri. Tutti gli anni in luglio trascorro qualche giorno in Toscana-Umbria (festival della val d'Orcia), il pomeriggio del 23 sono a Perugia e come promesso vado a trovarli. Fa molto caldo, Carmelo è steso sul divano-letto, di una magrezza impressionante anche per me che, dopo 4 mesi che non lo vedo, avrei voglia di piangere. La mamma gli saltella intorno in continuazione offrendogli ora un goccio d'acqua, ora un poco di succo di frutta, ora la pillola che deve assumere. Quando riusciamo a restare soli per un po' mi racconta che è tutto molto peggio del previsto, che è esausto, che non crede di potercela fare. Riparto prima di cena, ci rivedremo a Brescia. Proseguono i controlli bi-settimanali ma il 18 di agosto la comparsa di febbre elevata richiede un nuovo ricovero. Le cose vanno sempre peggio, terapia antibiotica e antimicotica massiccia, scadimento progressivo delle condizioni generali, speranze che si assottigliano. La mamma mi telefona ogni 2-3 giorni e io sono in contatto con i medici del reparto (ma quanti sono? un'impresa titanica quella di riuscire a parlare due volte consecutive con la stessa

persona). Domenica 31 agosto alle 9 del mattino mi telefona la mamma: "dottoressa, venga qui al più presto Carmelo sta troppo male, io non voglio che muoia qui ma loro non vogliono farmi venire a casa perchè dicono che si può ancora tentare di fare qualche cosa, ma io voglio che ci parli lei, voglio che lo veda". "Signora, ma come faccio? Cercherò di organizzarmi e di venire mercoledì o giovedì" "Sarà troppo tardi, sarà già morto, deve venire domani!". Inutile dire che fu impossibile per tutta la mattina riuscire a parlare con un medico. Come potevo piantare tutti e partire? Ma dovevo farlo: telefonai quindi in serata alla mamma avvertendola che sarei partita l'indomani molto presto. Lunedì 1 settembre alle 7 mi metto in viaggio. Prima di mezzogiorno sono già all'ospedale. Parlo con una dottoressa che mi spiega trattarsi di situazione critica, probabilmente perderemo il paziente, ma è escluso che possa essere trasferito a Brescia, in ogni caso bisogna parlare con il primario o l'aiuto. Entro nella stanza di Carmelo bardata con camice, mascherina e cuffia e vedo che la finestra è socchiusa: le zanzare possono entrare senza cuffia. Carmelo è fortemente itterico, dispnoico, soporoso, non risponde, flebo, flebine, cannule e ossigeno mentre la mamma gli deterge il sudore e mi guarda implorante. La situazione è evidentemente disperata ma ci dicono che, per qualsiasi decisione, bisognerà parlare col medico dopo il giro del pomeriggio. Mentre il padre resta con Carmelo la mamma ed io torniamo al residence, mangio un po' di frutta e mi stendo sul letto per un paio d'ore, senza dormire però. Nel pomeriggio contatto telefonicamente il primario il quale sottolinea la necessità di continuare le cure presso di loro "Ma cure di che, se è in fase preagonica? La madre se lo vuole portare a casa: la visita dei parenti, degli amici suoi e del figlio, un funerale come si deve: perchè non ha diritto almeno a questo?". Inutile parlare con i sordi. Finalmente in serata, dopo le 18,30 passa un altro medico (mi presento con grande perfidia come una parente, sono curiosa di vedere che cosa diranno alla mamma). Questo emerito stronzo sostiene che in effetti le speranze siano poche ma che se c'è una possibilità che Carmelo ce la faccia questa è legata al proseguimento delle cure in corso

e dice testualmente "Signora se lei lo porta via adesso e a Brescia non sarà adeguatamente trattato non avrà neppure più questa speranza: lei si sente di toglierli questa possibilità? Un domani potrebbe chiedersi come sarebbero andate le cose se lo avesse lasciato qui". Bravo questo medico ad insinuare dubbi e a tentar di seminare complessi di colpa, ma lo sa lui che cosa ha fatto e farebbe questa mamma per suo figlio? Dopo questo colloquio sono veramente indignata. Telefono a Brescia, alla collega ospedaliera che lo conosce e le spiego che, se non morirà per strada all'alba arriveremo in reparto. Una caposala compiacente ci consiglia di aspettare le 21, quando tutti se ne saranno andati e poi ci mette in contatto con l'infermiere e...le persone giuste. La mamma ha bisogno del mio consenso ed appoggio ma, una volta avutolo, non la ferma più nessuno. Come dei carbonari prepariamo la fuga programmata per mezzanotte.

Firmiamo dei moduli e la cartella. Poi carichiamo Carmelo su un'ambulanza attrezzata dove salgono la mamma ed un medico rianimatore che si occuperà di ossigenoterapia, flebo e di quant'altro occorrerà a Carmelo. Io salgo in macchina con due stecche di Toblerone e via. Ci accordiamo sulla strada e sulla destinazione: in caso di problemi gravi ci fermeremo. Quando chiudo gli occhi rivedo ancora quel lampeggiante blu sul tetto dell'ambulanza mentre torniamo a casa. Ci si ferma due volte, ma sono falsi allarmi. Ho molto sonno ma con la musica non mi addormento, col cioccolato placò la fame e l'ansia fa il resto. Arriviamo a Brescia poco dopo le 5, la collega di guardia con cui avevo parlato, è un poco seccata per questo trasferimento ma dopo aver visto Carmelo capisce tutto e cambia subito atteggiamento. Sono le 6,30 torno a casa, una doccia e...via comincia il martedì: dopo tutto ho "perso" solo un giorno e una notte di sonno. La cosa straordinaria è che Carmelo, sospeso tutti quei farmaci epatotossici migliora, l'ittero regredisce rapidamente e riprende coscienza già nella serata di martedì 2. Morirà la sera di venerdì 5 ma in quei tre giorni ha sorriso ancora alla mamma, si sono parlati e salutati, consapevoli del commiato e padroni di questo momento. Aver contribuito a regalare quei tre giorni è stata la cosa più bella che abbia fatto in 20 anni di professione. ●

# Da qui si riparte con regole chiare

**Gigi Veronesi**

Mentre scrivo mi trovo a 10500 metri di altitudine volando alla velocità di crociera degli aerei di linea e, forse complice l'assenza di contatti con il terreno, sento i pensieri più liberi e protesi in una dimensione più "elevata".

Abbiamo passato l'anno e doppiato la metà di quello in corso e guardando indietro, pur non potendo non sentire e non vedere dolori personali di ognuno di noi, **devo ammettere che sia stato, quello passato, un anno storico**. Abbiamo cambiato i vertici nazionali ordinistici e sindacali, nel caso dell'Ordine dopo 23 anni di presidenza Renzo, oggi abbiamo una nuova guida: il dott. Raffaele Iandolo (presente già più volte in eventi locali odontoiatrici), la politica ha partorito un Governo, sul quale non mi addentro in commenti politici, ma lo abbiamo e incredibilmente ha ascoltato le nostre richieste in materia di pubblicità sanitaria e fatturazione elettronica.

Siamo stati dispensati, pro tempore, dalla seconda e abbiamo ottenuto un importantissimo risultato in merito alla prima. Un paese civile e democratico che abbia una costituzione che inizi i propri articoli con riferimenti a persone e lavoro non può e non deve lasciare incertezze nei messaggi alla popolazione stessa.

**Oggi, dopo tredici anni di battaglie sulla comunicazione siamo riusciti a far capire ai politici che frodi ed inganni passano proprio attraverso messaggi pubblicitari scorretti** e, se in campo sanitario non sia assolutamente pensabile "lasciar lo

passo" a certe iniziative, sarebbe buona norma interdirlo anche nel mondo del commercio.

Chi tutela le persone più fragili, più deboli e prive di quella scorza che in alcuni, previo esperienze, danno resistenza e durezza alle "sòle" che il mercato tenta di rifilarci?

Lo Stato! Ecco il vero tutore dei cittadini, lo Stato, le sue leggi e i rappresentanti delle istituzioni in un corpo unico, monolitico e

tetragono a garantire la tutela del più debole da criminalità, ingiustizie e truffe. **La legge Boldi sulla pubblicità, nell'inserire il divieto di messaggi a sfondo suggestionale e promozionale, chiede che i messaggi pubblicitari in ambito sanitario non abbiano lo scopo di invogliare i cittadini a bisogni inesistenti** o scegliere cure sull'onda del conveniente piuttosto che dell'affidabile, con indicazioni legislative statali chiare e agli Ordini, vigili istituzionali sul problema ancora dalla legge Bersani, di regolamentare la materia. A titolo personale ritenevo e ritengo che le norme sulla comunicazione sanitaria fossero già ampiamente e palesemente a carico degli Ordini professionali, che in tal senso la legge quadro europea avesse espresso eloquentemente chi fosse e perché tenuto alla scrittura delle norme, ma in Italia tale materia pare sia ostica a molti: politici e Garanti compresi.

**Ben vengano allora leggi di Stato che richiariscano il concetto, che diano spunti di riflessione ed ambiti nei quali muoversi e,**

come avvenuto, indichino anche l'Autorità garante di Stato deputata alla valutazione di possibili dispute e realtà fuori dalle giurisdizioni ordinistiche.

Così l'AgCom si sostituisce all'incompetente AgCm, acronimi scambiabili, ma molto differenti in termini di competenze, che opera in un settore che nulla ha a che vedere con il contesto informativo: AgCm è l'Autorità garante per il commercio, l'AgCom per le comunicazioni, importante puntualizzazione visto lo sconfinamento che nel 2014 questo Ente, AgCm ha eseguito multando la FNOMCeO per i famosi 800000 e dispari euro, accusandoci di trust nei confronti della libera concorrenza ottenendo, in fine, "la sóla" modifica del Codice deontologico.

Un Ente tutore del commercio che interviene sulle indicazioni da dare sull'etica e la deontologia medica?

Ecco cosa accade quando lo Stato "dimentica" le proprie funzioni e non avendo leggi chiare lascia a più che troppo intraprendenti solerti funzionari attività di arbitrario controllo.

Da qui si riparte: "suggestionale e promozionale" due aggettivi ai quali abbiamo dato corpo, interpretazione e regole finalmente chiare, semplici e, cosa sicuramente non facile, pochi o nulli risvolti interpretativi evitando così critiche di possibili comportamenti disomogenei sul territorio nazionale.

**Le indicazioni in materia comunicativa sono riportati sul sito dell'Ordine e consiglio vivamente di prenderne visione.**

Ricordo e condivido anche il passaggio sulla direzione sanitaria, che vedrà l'obbligo d'iscrizione del direttore sanitario di strutture societarie all'Ordine territorialmente competente sulla sede nella quale venga svolto l'incarico. A questo si aggiunga la sentenza del Consiglio di Stato che ribadisce la cogenza e la presenza in essere dell'art.5 comma 5 della legge 175/92 che impone la pubblicazione del nome del direttore



**AUTORITÀ PER LE  
GARANZIE NELLE  
COMUNICAZIONI**

sanitario in tutte le comunicazioni esposte, pena la sospensione dell'autorizzazione sanitaria da 6 mesi ad 1 anno.

Ultimo, ma non ultimo, ricordo che con la fine di maggio termina il periodo di prova della normativa sulla privacy e da quel momento saranno possibili i controlli e le relative sanzioni.

**Sul sito è presente già da mesi una guida molto aderente alle nostre esigenze odontoiatriche, totalmente editabile e semplice da seguire ed utilizzare.**

Importante affinché i rapporti fra Ordine e colleghi iscritti seguano binari sereni sarà il rispetto delle regole tanto quelle contenute nel Codice deontologico, quanto quelle delle leggi di Stato.

Sarà fondamentale che tutti insieme, funzionari e medici, consapevoli e preparati sulle norme che tutelano le comunicazioni sanitarie, collaborino al rilancio della figura del medico e per noi: dell'odontoiatra. ●

# *Un volgo disperso. Contadini d'Italia nell'Ottocento*

**Adriano Prosperi**

## **Recensione a cura di Gianpaolo Balestrieri**

Le condizioni materiali di vita dei contadini italiani nell'Ottocento, prima e dopo l'unificazione del Paese.

Un affresco colorito e dettagliato quello di Adriano Prosperi, che mette in luce le profonde diversità tra le campagne della Val Padana dove gli ultimi decenni del secolo portano una rapida modernizzazione delle colture, l'agricoltura toscana con il modello della mezzadria, l'arretratezza del latifondo meridionale.

Un dato tuttavia accomuna l'Italia rurale nelle numerose inchieste condotte durante il secolo, un dato sconcertante di miseria e di malattie. Miseria delle abitazioni fatiscenti in cui convivono persone ed animali, povertà e insufficienza dell'alimentazione, lavoro, anche minorile e femminile, estenuante, assenza degli elementi basilare di igiene pubblica e personale, mortalità infantile elevatissima, malattie endemiche, pellagra nell'area padana, malaria al Centro Sud, colera un po' dovunque con ondate epidemiche ed alto

tributo di vittime, cretinismo, rachitismo, tubercolosi. Nelle pagine di Prosperi spiccano, testimoni di una realtà spesso occultata, i medici, i condotti soprattutto, i più vicini alla quotidianità della vita dei campi.

Ma anche medici provinciali come il bresciano Ludovico Ballardini, eminente figura di studioso della pellagra di cui tra i primi riconosce l'eziologia nella dieta esclusivamente maidicola e ne suggerisce i rimedi, militanti del Risorgimento e poi parlamentari nelle file della Sinistra come Agostino Bertani promotore della maggior inchiesta sanitaria nazionale, ricercatori di fama internazionale come Cesare Lombroso, fautore di una "carta igienica" d'Italia, assai criticato poi per le sue teorie eugenetiche e di discriminazione verso i diversi. Non solo testimoni i medici, ma capaci di denunciare con passione, talvolta con veemenza, la miseria e le malattie originate dallo sfruttamento spietato dei lavoratori della terra. Un ruolo civile di intellettuali portatori di una scienza



positiva e razionale, spesso in contrasto, più o meno aperto, con i parroci e le antiche superstizioni. Non a caso verso la fine del secolo, molti di loro si orientano verso posizioni politiche progressiste e socialiste.

L'impegno antropologico e sociale dei medici condotti dell'Ottocento (professione ricordiamolo durissima e dagli scarsi riconoscimenti economici) può essere anche per il nostro presente, pur tanto diverso, per la nostra incerta identità, un monito, un motivo di riflessione. ●

Un volgo disperso.  
Contadini d'Italia  
nell'Ottocento  
Adriano Prosperi  
Ed. Einaudi Torino, 2019  
Pagine 324  
Euro 32.00

# Professor Mario Zorzi

Quando Ottavio Di Stefano mi ha invitato a proporre un ricordo di mio padre Mario Zorzi per le pagine di Brescia Medica mi sono subito chiesto: come gli sarebbe piaciuto essere ricordato?

Non mancano nella sua carriera professionale elementi per descrivere il suo impegno appassionato, competente e sempre vissuto come servizio al prossimo. Certo non avrebbe voluto essere ricordato solo con la lunga enumerazione degli incarichi e delle cariche istituzionali che hanno costellato il suo percorso, troppo legato al pensare alle cose da fare, a qualche progetto da realizzare per preoccuparsi dei riconoscimenti ufficiali. E pensare che il padre, commerciante di tessuti e la madre sarta, preoccupati per il suo avvenire, avrebbero voluto avviarlo ad una attività con un corso di studi breve che gli consentisse un più rapido inserimento nell'attività lavorativa. Il padre musicista per hobby (suonava il contrabbasso nell'orchestra del Teatro Grande) gli diceva che se proprio non avesse voluto fare il commerciante almeno diventasse musicista: la musica serve ad educare l'animo. La musica gli piaceva ma l'impegno da dedicarle era totalizzante avendo l'esempio di un coetaneo, Arturo Benedetti Michelangeli, che sentiva esercitarsi al pianoforte in un seminterrato vicino alla piazzetta davanti alla chiesa della Carità dove Mario con gli amici giocava a pallone.

Fu così Medicina. Nonostante il periodo bellico, orfano del padre nel 1943 e col fratello maggiore al fronte, completò il corso degli studi laureandosi a Pavia nel 1945 con una tesi sulla malattia di Brill-Symmers.

I primi passi professionali li fece come medico di base nella zona del Carmine adattando ad ambulatorio una stanza

della casa di famiglia in via S. Pellico e frequentando l'Ospedale di S. Domenico ed i corsi di specializzazione in Anatomia Patologica a Pavia.

L'Anatomia Patologica non fu un ripiego, ma una scelta di sapere per meglio comprendere l'origine delle patologie attraverso il loro manifestarsi a livello cellulare, attraverso la morfologia con la ricerca del "sempre più piccolo", studiando ancora i tessuti, quelli umani. In questo ambito è stato un pioniere ed un innovatore, traghettando la disciplina dall'anatomia macroscopica autoptica all'istologia ed alla citologia diagnostica cui diede impulso contribuendo a promuovere l'attività del Consorzio Provinciale per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina vincendo anche lo scetticismo di alcuni ginecologi riguardo all'importanza e sensibilità del pap-test.

Negli ultimi periodi si interessava ancora dell'evoluzione della disciplina, affascinato dalla scoperta di mutazioni e traslocazioni geniche e del loro influsso sulla morfologia.

L'attenzione alle nuove generazioni che si cimentavano nelle professioni sanitarie lo vide per anni nell'insegnamento in varie scuole professionali per infermieri e tecnici alcuni dei quali, non più giovani, ricordano le sue appassionate lezioni. Quando l'EULO iniziò i corsi di Medicina a Brescia diede il suo contributo prima all'insegnamento di Anatomia Umana e poi del corso in Tecnica e Diagnostica Istopatologica.

Ma la sua passione fu l'AVIS che lo vide fra i fondatori a Brescia, Presidente Provinciale dal 1948 e Presidente Nazionale per due mandati in un periodo importante in cui veniva discusso il piano sangue nazionale. L'impegno per l'AVIS lo ha rapito per molte domeniche alla famiglia. In un'intervista al momento del suo pensionamento diceva di aver aiutato poco la moglie a crescere i sei figli, lamentando l'assenza di quella confidenza che avrebbe voluto. Assenza però ampiamente compensata negli ultimi lunghi anni della sua vita. Non poteva allora sapere l'influenza che la sua persona



avrebbe esercitato anche sui nipoti che allora ancora non c'erano. La creazione e la direzione del centro trasfusionale, retto negli anni '60 insieme a tutti i laboratori del Civile, ebbe un momento di angoscia con lo scandalo del "sangue inquinato". Quando l'AVIS e il centro trasfusionale furono messi sotto inchiesta si preoccupò di affermare: "L'AVIS non c'entra, anche se io come direttore del Centro Trasfusionale potrò avere grane" preoccupandosi più dell'associazione dei donatori che della sua incolumità professionale.

Per trent'anni fu consulente medico-legale del Tribunale di Brescia che gli ha affidato le perizie dei casi più scabrosi e difficili; ma la sua attività in questo campo non si limitò ai casi da prima pagina dei giornali: ricordo gli innumerevoli viaggi in paesini delle valli, talora anche a dorso di mulo per l'impraticabilità delle strade, per effettuare i rilievi necessari al riconoscimento della pensione di invalidità a molti minatori di quelle zone.

Per la notorietà acquisita fu candidato per 5 anni come consigliere comunale per la DC con una valanga di voti dei suoi avisini; ma il suo carattere lo rendeva insofferente agli ordini di scuderia con decisioni prese in pre-consiglio e solo da ratificare nel Consiglio Comunale.

L'educazione familiare e la vicinanza di impareggiabili maestri come padre Bevilacqua, Monsignor Zambelli e soprattutto don Giacomo Vender gli hanno trasmesso il senso del dovere e l'amore per il prossimo e per la sua città che ha contribuito a far conoscere ed apprezzare.

Al di là delle riconosciute capacità professionali e dell'impegno sociale si riconosce un filo conduttore che lo ha reso prossimo a chiunque lo abbia avvicinato.

Avrebbe voluto essere ricordato come uomo di fede, autentico, vissuto per attuare il bene, amante della verità, armonia che conferisce consistenza oggettiva ai concetti di bene e giustizia. Che fortuna e che grande dono averti avuto vicino così a lungo come padre e come collega.

*Fausto Zorzi*

## Dott. Carmine Errico

Il 5 maggio ci ha lasciati l'amico ed il collega Carmine Errico che aveva compiuto 75 anni il giorno precedente. Collega e soprattutto amico degli anni giovanili ed eroici della formazione medica e della maturità specialistica presso gli Spedali Civili di Brescia. Abbiamo lavorato in due specialità diverse, ma ricche di collaborazioni, con passione e dedizione verso gli ammalati e le specialità. Carmine ha avuto maestri eccellenti come i professori Giongo e Pagano, ma la sua continua ricerca di novità lo spinse verso specialità emergenti, tecnologicamente interessanti ed in piena evoluzione negli anni '80 come la odontostomatologia. Carmine non ha mai abbandonato il sentirsi medico mediante il continuo aggiornamento, l'aiuto e la disponibilità verso gli altri ed i colleghi. Questo suo modo di essere lo ha aiutato nella sua malattia e nell'accettazione della morte con serenità. Durante la sua difficile e lunga malattia è stato aiutato con passione dalla sua splendida famiglia e dagli amici, con il conforto dei colleghi e della religione. Mi ha sbalordito e commosso la serenità con cui ha affrontato l'ultima parte della sua vita. Ciao amico Carmine.

*Brunello Morrica*

## Dottor Alberto Dotti

Ci affidiamo alle righe del caro collega ed amico dei primi ed ultimi tempi prof. Ernesto Bonera.

*“Il Dott. Alberto Dotti, medico, tra gli amici aveva anche me. La sua discrezione, riservatezza e capacità erano quelle delle persone vere, sulle quali, al bisogno, si può contare senza incertezze.*

*Le sue esperienze e qualità professionali erano notevoli, avendo avuto tra esse quella sul territorio (in quel di Gardone Riviera) designata come medico condotto e più oltre quelle, lunghe, ospedaliere, negli Spedali Civili di Brescia ( prima: 3° Medicina- Prof. Balestrieri; poi: Pneumologia- Prof. Corda ). L'incarico ricoperto più a lungo è stato quello di Dirigente del Servizio di Fisiopatologia Respiratoria. La Docenza in Pneumologia e le varie specialità ottenute, i ruoli coperti con successo erano stati la conferma del valore di Alberto Dotti come Persona e Medico affidabile. Molte sono state le persone, malati e Colleghi, che l'hanno incontrato e stimato. Il ricordo di Lui rimane.”.*

*Gina, Anna, Silvia Dotti*

## Dottor Carlo Guandalini

Gentile Presidente la ringrazio innanzitutto per la vicinanza dimostrata, molto sentita sia da noi figli che dalla nostra mamma.

Mio fratello Mattia, peraltro Vostro collega ha scritto alcune righe che le inoltro per ricordare il nostro Caro papà.

*«La Vita di ogni uomo finisce nello stesso modo. Sono i particolari del modo in cui si è vissuto che differenziano un uomo da un altro. Tutti quelli che hanno conosciuto mio padre lo hanno definito il «dottore Buono» per la sua propensione agli altri ed alla famiglia. L'ultimo saluto lo hanno dato tante persone ma il ricordo più bello lo lascia lui «Carlo, il dottore buono».*

Grazie a tutti

*La moglie Ausi ed i figli  
Mattia e Alessia*

# Dottoressa Beatrice Gattamelata

Ricordo Beatrice Gattamelata in Sardi come una donna di profonda umanità che ha saputo conciliare la vita coniugale con l'impegno professionale, sempre sostenuta dal marito Primo a cui era legata da un'armoniosa intesa nella condivisione di principi e di valori. Cresciuta a Roma in una famiglia aristocratica, ultimogenita di otto fratelli, aveva una naturale inclinazione a creare relazioni con le persone e con slancio entusiastico coltivava i rapporti di amicizia.

Con l'esperienza di crocerossina, il cui rigore ed altruismo l'avrebbero permeata per tutta la vita, è stata folgorata dalla passione per la Medicina per cui, all'età di 28 anni, si è iscritta alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano.

Da medico volontario ha frequentato il reparto di Lungodegenza Riabilitativa dell'Ospedale S.Orsola diretto dalla dottoressa Maria Rosa Inzoli, nostra guida sapiente e lungimirante; tra di noi si era instaurato fin da subito un rapporto di fiducia reciproca.

Attratta dalla Chirurgia ha svolto parte della sua attività in sala operatoria nella clinica Casa di salute Moro di Brescia iniziando come strumentista e poi come aiuto chirurgo e nel 1983 si è perfezionata in chirurgia plastica frequentando uno stage all'Hopital Saint Louis di Parigi.

È poi approdata nel 1994 fino al 2000 alla Poliambulanza di Lumezzane delle Suore Ancelle della Carità dove ha profuso, senza risparmio, il proprio impegno professionale nel rispetto e nell'amorevole attenzione per ogni malato.

Dal 2000 ha svolto la sua attività professionale nella Medicina Riabilitativa dell'Ospedale S.Orsola Fatebenefratelli quando io ho assunto la direzione del reparto

È stata per me, oltre che una cara amica, una

fedele collaboratrice precisa e scrupolosa. Ho apprezzato il suo intuito clinico, il suo profondo senso del dovere, le sue capacità organizzative e la generosità nei confronti dei pazienti e degli operatori.

Nel team riabilitativo è stata un elemento equilibratore capace di favorire un buon clima di lavoro improntato sulla collaborazione tra medici, infermieri, fisioterapisti, logopedisti e tutto il personale di assistenza ed amministrativo.

Affascinata dai progressi della medicina si aggiornava sulla loro evoluzione con entusiasmo.

Per la sua precedente formazione e per l'esperienza in sala operatoria e al pronto soccorso, la "Bea", per i giovani colleghi della Riabilitazione, era una maestra, una sorella maggiore e un punto di riferimento clinico soprattutto nella gestione delle urgenze sia mediche che chirurgiche.

La sutura delle ferite e le medicazioni di ulcere complicate che richiedevano accuratezza, pazienza e delicatezza erano sempre lasciate a lei. Noi eravamo sollevati da questa incombenza e lei che aveva sempre un po' di nostalgia per la chirurgia, svolgeva con entusiasmo e con perizia questa attività.

Sempre sorridente trasmetteva serenità ed allegria con semplicità e non con semplicismo. Nei momenti di tensione e difficoltà con spirito evangelico ci invitava discretamente a capire le motivazioni dei comportamenti altrui senza soffermarsi sulle esteriorità e senza giudicare. Dotata di una umiltà innata, sapeva entrare in sintonia con ogni persona anche con i pazienti e parenti più "difficili" non solo per la sua competenza e disponibilità a farsi carico dei loro problemi ma anche per quel suo simpatico intercalare con alcune espressioni in "romanesco" con le quali riusciva a sdrammatizzare ogni situazione.

Dopo il pensionamento ha proseguito fino alla fine la sua amata professione di medico al Centro Static ove è stata molto apprezzata per la sua efficienza ed affabilità.

È ricordata da tutti con grande affetto.

Ne è stata una testimonianza la numerosa, spontanea e sentita partecipazione al suo ultimo saluto terreno.

*Gianna Santus*

# Dottor Giuseppe Raza

*Ha curato centinaia di pazienti,  
addio al medico di base Giuseppe Raza*

Giuseppe Raza si è spento a 87 anni. Per decenni è stato il medico di base a Dello. Tutto il paese piange la scomparsa dello storico medico di famiglia, personalità di spicco della comunità di Dello, dove viveva da anni con la famiglia. Il dottor Raza si è spento circondato dall'amore dei famigliari. Aveva 87 anni, la maggior parte dei quali spesi a prendersi cura dei suoi pazienti. Professionista conosciuto e stimato ha curato i dellesi fino al 2000, anno in cui è andato in pensione, ed ha sempre partecipato attivamente alla vita della comunità. Originario di Lavone di Pezzaze, dopo la laurea in medicina si era trasferito nel comune della Bassa Bresciana dove ha indossato il camice bianco per più di trent'anni. Un professionista stimato dai colleghi e dai pazienti.

*Craziano Amodeo*

# Dottor Italo Rossi

*Se n'è andato signorilmente e senza  
clamore, com'era nel suo stile.*

Il Dottor Italo Rossi ha trascorso l'intera carriera professionale a curare i concittadini bresciani. Laureatosi nel '48 a Pavia e specializzatosi in pneumotisiologia, ha operato prevalentemente presso il Dispensario cittadino e come medico di famiglia. Anche in età di pensione ha proseguito l'attività professionale presso il proprio studio fino ad 82 anni, per dedicarsi successivamente alla cura dell'adorata moglie Laura, tuttora gravemente malata. Rammento i suoi numerosi viaggi settimanali per raggiungere anche i più lontani Dispensari della provincia, nevicasse o meno poco gli importava; rammento la sua delicatezza nel muoversi in casa, di notte, per non disturbarci, allorquando il dovere lo chiamava ad assistere qualche paziente. E pure di domenica, a volte, non staccava. Avrebbe compiuto 96 anni la prossima settimana. Commoventi le parole di numerosissimi pazienti che vengono da me in questi giorni presso l'ambulatorio con le lacrime agli occhi per testimoniare gratitudine per il suo operato e la sua profonda umanità, mai esibita, ma sobria e profondamente presente in ogni circostanza. Medico "de 'na ölta" e genitore speciale.

*Silvia*

# Dottor Francesco Besozzi Valentini

Su incarico dei familiari sono stato sollecitato a scrivere due righe in memoria del caro amico Francesco perchè possano essere inserite sul giornale dell'ordine in sua memoria. È mancato il dottor Besozzi Valentini Francesco un collega, un amico per me e sicuramente per molti di voi. Ho conosciuto Francesco molti anni fa, quando lavoravo in Ospedale nel reparto di Medicina che Francesco ha frequentato con costanza ed assiduità con il desiderio di imparare a fare il medico dai colleghi più anziani e più esperti di noi. Poi le nostre vite professionali si sono separate per incrociarsi nuovamente, anni dopo, come medici di base. Lavoro che Francesco ha svolto con competenza, dedizione, passione. Anche quando, dopo lunga malattia che aveva superato con grande forza d'animo e con l'aiuto dei suoi cari e della fede che sempre lo ha sostenuto, ha ripreso la nostra professione con slancio, entusiasmo e forza d'animo inesauribile. Per lui il malato, il paziente, l'uomo veniva sempre prima di tutto. Si è vero Francesco a volte era un po' «brontolone», ricordo le sue telefonate alla sera, dopo lunghi ed estenuanti ambulatori, in cui si lamentava per l'eccesso di lavoro, burocrazia, limiti imposti dai regolamenti regionali. Ma alla fine raccontava sempre dei casi più complicati che aveva avuto nella giornata lavorativa, perchè la salute dei suoi assistiti era la sua principale preoccupazione.

Grande lavoratore ogni mattina, oltre alle visite urgenti, usciva di casa per recarsi dai pazienti non deambulabili, conscio che non era solo l'assistenza medica che portava loro a casa, ma anche conforto e vicinanza umana.

Francesco ha fatto il medico»come una volta»coniugando competenza scientifica e medica con profonda umanità.

Francesco ci mancherà come amico e come valido componente dell'Ordine dei Medici di Brescia.

A.C.

# Dottor Franco Venturoli

“Il mattino del 10 febbraio scorso è improvvisamente deceduto il mio papà, il dott. Franco Venturoli, medico di famiglia per quasi quarant’anni a Lumezzane. Numerosissimi suoi pazienti sono giunti a casa per salutarlo un’ultima volta e per ringraziarlo.

Hanno raccontato di tutte le sue attenzioni per chiunque avesse avuto bisogno, sia durante l’attività in ambulatorio, sia quando si recava a far visita ai malati.

“Era il medico di una volta” hanno detto.

Forse no, semplicemente era mio papà: una persona dal carattere umile, spinta da un, a volte insano, amore per gli studi, prima, e, successivamente, per il proprio lavoro.

Da premuroso papà mi ha sempre sostenuto nelle mie passioni e in particolare nella formazione scolastica e universitaria, per lui la cosa più importante: così anche io ora sono un giovane medico, cresciuto con il suo esempio, che mi impegnerò ad onorare per gli anni a venire.

*Nicola Venturoli*

**L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della Provincia di Brescia**

*ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente*

*Dott. Francesco Besozzi Valentini*

*Dott. Bruno Brunori*

*Dott.ssa Maria Francesca Di Bitonto*

*Dott.ssa Magali Reine Dongmo Zebase*

*Prof. Alberto Dotti*

*Dott. Carmine Errico*

*Dott. Gino Franciolini*

*Dott.ssa Beatrice Gattamelata*

*Dott. Mario Gitti*

*Dott. Carlo Guandalini*

*Dott. Francesco Masarati*

*Dott. Bortolo Giuliano Pezzola*

*Dott. Mario Pontillo*

*Dott. Andrea Ranzenigo*

*Dott.ssa Margherita Rastrelli*

*Dott. Giuseppe Raza*

*Dott. Cyril Jusu Sandy*

*Dott. Lodovico Sueri*

*Dott.ssa Francesca Terranova*

*Dott. Franco Venturoli*

*Dott. Gianfranco Vercellino*

*Dott. Amilcare Viani*

*Prof. Mario Zorzi*

*ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.*

# OBBLIGO FORMATIVO ECM TRIENNIO 2014 - 2016

## INDICAZIONI URGENTI



Come è noto, tutti i medici e tutti gli odontoiatri hanno l'obbligo di ottemperare alle attività di formazione continua mediante l'acquisizione di crediti ECM: l'assolvimento di detto obbligo costituisce infatti requisito indispensabile per svolgere sia l'attività libero professionale sia quella dipendente svolta a qualunque titolo (per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie pubbliche e private, ecc.).

Il mancato raggiungimento dei crediti formativi previsti costituisce, oltre che un **illecito deontologico** sanzionabile in sede ordinistica, **elemento di penalizzazione giuridico ed economico** per il personale dipendente e convenzionato, come previsto nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di riferimento.

Considerato l'approssimarsi della **SCADENZA DEL 31 DICEMBRE 2019 PER IL CONSEGUIMENTO DEI CREDITI**, si sollecitano gli iscritti a verificare di aver assolto l'obbligo formativo in oggetto consultando la propria area riservata Co.Ge.A.P.S. disponibile all'indirizzo web: <http://application.cogeaps.it/cogeaps/login.ot>

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua, al fine di facilitare e favorire i professionisti sanitari all'assolvimento dell'obbligo formativo, ha deliberato delle semplificazioni consultabili sul sito ordinistico: [www.ordinemedici.brescia.it](http://www.ordinemedici.brescia.it)



seguici online [ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT](http://ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT)

Per suggerimenti, commenti e lettere:  
[bresciamedica@ordinemedici.brescia.it](mailto:bresciamedica@ordinemedici.brescia.it)